

El manejo clínico de los trastornos mentales,
neurológicos y por uso de sustancias
en las emergencias humanitarias

Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP)



Programa de acción para superar las brechas en salud mental



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



UNHCR
ACNUR
La Agencia de la ONU
para los Refugiados

Edición original en inglés:
*mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental,
neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*
© World Health Organization 2015
ISBN 978 92 4 154892 2

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Washington, DC : OPS, 2016.

1. Trastornos Mentales. 2. Trastornos Relacionados con Sustancias.
3. Enfermedades del Sistema Nervioso. 4. Sistemas de Socorro. 5. Urgencias Médicas. I. Título.
II. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978-92-75-31901-7

(Clasificación NLM: WM 30)

© Organización Mundial de la Salud 2016. Todos los derechos reservados.

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Departamento de Comunicaciones a través de su página web (www.paho.org/permissions). El Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Prefacio

Hoy en día el mundo se enfrenta a un número sin precedentes de emergencias humanitarias a causa de los conflictos armados y los desastres naturales. Desde que terminó la Segunda Guerra Mundial, los refugiados y desplazados internos nunca han sido tan numerosos como ahora. Decenas de millones de personas, sobre todo en el Oriente Medio, África y Asia, necesitan asistencia con carácter urgente. Esto incluye servicios con la capacidad para hacer frente al aumento de las necesidades de la población en materia de salud mental.

Los adultos y niños en situaciones de emergencia padecen una gran variedad de problemas mentales y neurológicos y de trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas. La mayoría siente pesadumbre y dolor psíquico agudo, que se consideran respuestas psicológicas normales y pasajeras a situaciones muy adversas. Sin embargo, en una fracción pequeña de la población, estas situaciones desencadenan problemas de salud mental, tales como el estado depresivo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por duelo prolongado, que pueden dificultar enormemente el desempeño de las actividades cotidianas. Además, las personas con trastornos graves preexistentes, como psicosis, discapacidad intelectual y epilepsia, se tornan aún más vulnerables debido al desplazamiento, al desamparo y a la ausencia de servicios de salud. Por último, el consumo de alcohol y drogas plantea graves riesgos en materia de salud y de violencia de género. Si, por un lado, las necesidades de salud mental de la población aumentan ostensiblemente, por el otro muchas veces se carece de recursos locales para atenderlas. En tales circunstancias se necesitan, más que nunca, herramientas prácticas y fáciles de usar.

La presente guía se elaboró teniendo en cuenta estos problemas. *La Guía de intervención humanitaria mhGAP* es una herramienta sencilla y práctica destinada a ayudar a los servicios de salud generales en contextos de emergencias humanitarias, a detectar y tratar los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas. Se trata de una adaptación para uso en emergencias humanitarias de la *Guía de intervención mhGAP (2010)* de la OMS, manual ampliamente utilizado y basado en criterios científicos para el manejo de dichos trastornos en los servicios de salud de tipo general.

Esta guía está en completa consonancia con la *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes* y con la *Operational guidance: mental health and psychosocial support programming for refugee operations*, que abogan por una respuesta multisectorial para afrontar las consecuencias mentales y sociales de las emergencias humanitarias y el desplazamiento de grupos humanos. Facilita, asimismo, el logro de uno de los objetivos esenciales del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, a saber: proporcionar servicios de atención de salud mental y asistencia social completos, integrados y con capacidad de respuesta en el ámbito comunitario.

Exhortamos a todos nuestros socios del sector de la salud que proporcionan ayuda humanitaria a adoptar y difundir esta importante guía, a fin de reducir el sufrimiento de los adultos y los niños con necesidades en materia de salud mental y ayudarlos a enfrentar las situaciones de emergencias humanitarias.



Margaret Chan
Directora General
Organización Mundial de la Salud



António Guterres
Alto Comisionado de las Naciones Unidas
para los Refugiados

Índice

Agradecimientos	iv
Introducción	1
Consejos para directores de dispensarios clínicos	3
Principios generales de la atención (PGA) a personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en emergencias humanitarias	7
1. Principios de la comunicación	7
2. Principios de la evaluación	9
3. Principios del tratamiento	10
4. Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social.	12
5. Principios de la protección de los derechos humanos.	14
6. Principios de la atención al bienestar general	16
Módulos	
1. Estrés agudo (EAG)	17
2. Duelo (DUE)	21
3. Trastorno depresivo moderado a grave (DEP).	25
4. Trastorno por estrés posttraumático (TEPT)	33
5. Psicosis (PSI)	37
6. Epilepsia o crisis epilépticas (EPI).	43
7. Discapacidad intelectual (DI)	49
8. Consumo nocivo de alcohol y drogas (ADR).	53
9. Suicidio (SUI)	59
10. Otros síntomas emocionales importantes (OTR)	63
Anexos	
Anexo 1. Definiciones de casos del Sistema de Información de Salud (SIS) del ACNUR (2014)	67
Anexo 2. Glosario	68
Anexo 3. Índice de síntomas	72

Agradecimientos

Concepto

Mark van Ommeren (OMS), Yutaro Setoya (OMS), Peter Ventevogel (ACNUR) y Khalid Saeed (OMS), bajo la dirección de Shekhar Saxena (OMS) y Marian Schilperoord (ACNUR).

Redacción del proyecto y equipo editorial

Peter Ventevogel (ACNUR), Ka Young Park (Escuela Kennedy de la Universidad de Harvard) y Mark van Ommeren (OMS).

Equipo revisor del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) de la OMS

Nicolas Clark, Natalie Drew, Tarun Dua, Alexandra Fleischmann, Shekhar Saxena, Chiara Servili, Yutaro Setoya, Mark van Ommeren, Alexandra Wright y M. Taghi Yasamy

Otros colaboradores y revisores

Helal Uddin Ahmed (Instituto Nacional de Salud Mental, Bangladesh), Corrado Barbui (Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Capacitación en Salud Mental, Universidad de Verona), Thomas Barrett (Universidad de Denver), Pierre Bastin (Comité Internacional de la Cruz Roja), Myron Belfer (Facultad de Medicina, Universidad de Harvard), Margriet Blaauw (Grupo de Referencia del Comité Permanente entre Organismos, IASC, sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes), Boris Budosan (Malteser Internacional), Kenneth Carswell (OMS), Jorge Castilla (Dirección General de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea, ECHO), Vanessa Cavallera (OMS), Elizabeth Centeno-Tablante (OMS), Lukas Cheney (Universidad de Melbourne), Rachel Cohen (Common Threads), Ana Cuadra (Médicos del Mundo, MdM), Katie Dawson (Universidad de Nueva Gales del Sur), Joop de Jong (Universidad de Amsterdam), Pamela Dix (Disaster Action), Frederique Drogoul (Médicos sin Fronteras, MSF), Carolina Echeverri (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR), Rabih El Chammy (Ministerio de Salud Pública, Líbano), Mohamed Elshazly (Cuerpo Médico Internacional, CMI), Michael First (Universidad de Columbia), Richard Garfield (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC), Anne Golaz (Universidad de Ginebra), David Goldberg (King's College, Londres), Marlene Goodfriend (MSF), Margaret Grigg (MIND Australia), Norman Gustavson (PARSA Afganistán), Fahmy Hanna (OMS), Mathijs Hoogstad (sin afiliación, Países Bajos), Peter Hughes (Colegio Real de Psiquiatras, Reino Unido), Takashi Izutsu (Banco Mundial), Lynne Jones (Facultad de Salud Pública, Universidad de Harvard), Dévora Kestel (Organización Panamericana de la Salud), Louiza Khourta (ACNUR), Cary Kogan (Universidad de Ottawa), Roos Korste (in2mentalhealth, Países Bajos), Marc Laporta (Universidad de McGill), Jaak Le Roy (sin afiliación, Bélgica), Barbara Lopes-Cardozo (CDC), Ido Lurie (Médicos en Pro de los Derechos Humanos - Israel), Andreas Maercker (Universidad de Zürich), Heini Mäkilä (Misión de Asistencia Internacional, Afganistán), Adelheid Marschang (OMS), Carmen Martínez-Viciano (MSF), Jessie Mbwambo (Universidad de Salud y Ciencias Afines de Muhimbili, Tanzania), Fernanda Menna Barreto Krum (MdM), Andrew Mohanraj (CBM, Malasia), Emilio Ovuga (Universidad de Gulu, Uganda), Sarah Pais (OMS), Heather Papowitz (UNICEF), Xavier Pereira (Facultad de Medicina y de Iniciativas en pro de la Equidad Sanitaria, Universidad de Taylor, Malasia), Pau Pérez-Sales (Hospital La Paz, España), Giovanni Pintaldi (MSF), Bhava Poudyal (sin afiliación, Azerbaiyán), Rasha Rahman (OMS), Ando Raobelison (Visión Mundial Internacional), Nick Rose (Universidad de Oxford), Cecile Rousseau (Universidad de McGill), Khalid Saeed (OMS), Benedetto Saraceno (Universidade Nova de Lisboa, Portugal), Alison Schafer (Visión Mundial Internacional), Nathalie Severy (MSF), Yasuko Shinozaki (MdM), Derrick Silove (Universidad de Nueva Gales del Sur), Stephanie Smith (Partners in Health), Leslie Snider (War Trauma Foundation), Yuriko Suzuki (Instituto Nacional de Salud Mental, Japón), Saji Thomas (UNICEF), Ana María Tijerino (MSF), Wietse Tol (Universidad Johns Hopkins y Fundación Peter C. Alderman), Senop Tschakarjan (MdM), Bharat Visa (OMS), Inka Weissbecker (CMI), Nana Wiedemann (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja) y William Yule (King's College, Londres).

Financiamiento

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)

Introducción

Esta guía es una adaptación, para uso en emergencias humanitarias, de la publicación de la Organización Mundial de la Salud titulada: *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de salud no especializada*. En consecuencia, se denomina *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP)*.

¿Qué es el mhGAP?

El Programa de acción para superar las brechas en salud mental, o mhGAP (del inglés, Mental Health Global Action Programme), es un programa de la OMS que se ocupa de la falta de atención para personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. La *Guía de intervención mhGAP (GI-mhGAP)* se publicó en 2010 como parte de este programa. Se trata de una guía clínica sobre los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias dirigida a los proveedores de asistencia sanitaria general que trabajan en servicios no especializados, en particular en los países de ingresos bajos y me-

dianos. Entre estos se encuentran los médicos generales, el personal de enfermería, las parteras y los auxiliares clínicos, así como los médicos con especialidades ajenas a la psiquiatría o la neurología.

Además de orientación clínica, el mhGAP proporciona una serie de herramientas para facilitar la ejecución de programas que son de utilidad en los análisis de situaciones, la adaptación de protocolos clínicos a contextos locales, la planificación de programas, la capacitación, la supervisión y la vigilancia.¹

¿Por qué se necesita una adaptación a situaciones de emergencia humanitaria?

Las emergencias humanitarias abarcan una amplia gama de emergencias de corta y larga duración como resultado de los conflictos armados y los desastres naturales e industriales. En ellas a menudo se produce un desplazamiento masivo de personas. En tales situaciones, la necesidad de servicios básicos para la población sobrepasa la capacidad de respuesta local, ya que el sistema local pudo haber sido dañado por la catástrofe. Los recursos varían según la magnitud y disponibilidad de la ayuda humanitaria local, nacional e internacional.

Las crisis humanitarias plantean una serie de dificultades, pero ofrecen también diversas oportunidades únicas para los proveedores de servicios de salud, entre las que sobresalen el logro de una mayor voluntad política y de más recursos con que ocuparse de los servicios de salud mental y mejorarlos.²

Por otro lado, entre las dificultades destacan:

- » Una mayor premura para definir las prioridades y asignar los escasos recursos existentes
- » Poco tiempo para capacitar a los proveedores de asistencia sanitaria
- » Acceso limitado a especialistas (para capacitación, supervisión, tutoría, remisiones o interconsultas)
- » Acceso limitado a los medicamentos debido a la interrupción de la cadena de suministro.

La *Guía de intervención humanitaria mhGAP* se elaboró para responder a estas dificultades específicas de las emergencias humanitarias.

Contenido de la guía

La obra ofrece recomendaciones para proveedores de asistencia sanitaria no especializados en torno al tratamiento de primera línea de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias durante las emergencias humanitarias, en las que suele haber poco acceso a especialistas y opciones limitadas de tratamiento.

Proporciona también información esencial tomada de la *GI-mhGAP* en su versión completa e incluye elementos adicionales que se aplican específicamente a las emergencias humanitarias.

Esta guía contiene:

- » Consejos para los directores de servicios clínicos.
- » Principios generales de atención aplicables a las emergencias humanitarias, a saber:

- ♦ Prestación de apoyo multisectorial en conformidad con la *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes* (IASC, 2007), *Operational guidance: mental health and psychosocial support programming in refugee operations* [Guía operativa: programación de atención en salud mental y apoyo psicosocial durante actividades de protección de refugiados] (ACNUR, 2013), y otras herramientas para situaciones de emergencia.
- ♦ Instrucciones acerca de cómo reducir el estrés.
- » Módulos cortos sobre la detección y el tratamiento de:
 - ♦ Estrés agudo (EAG);
 - ♦ Duelo (DUE);
 - ♦ Trastorno depresivo moderado a grave (DEP);
 - ♦ Trastorno por estrés postraumático (TEPT);

¹ Escriba a mhgap-info@who.int para obtener una copia de estos materiales.

² Véase Organización Mundial de la Salud (OMS). *Volver a construir mejor: atención de salud mental sostenible después de una emergencia*. OMS: Ginebra, 2013.

- ♦ Psicosis (PSI);
- ♦ Epilepsia y crisis epilépticas (EPI);
- ♦ Discapacidad intelectual (DI);
- ♦ Consumo nocivo de alcohol y drogas (ADR);
- ♦ Suicidio (SUI);
- ♦ Otros síntomas emocionales importantes (OTR).

Se realizaron las modificaciones siguientes:

- » La orientación sobre los trastornos de la conducta se reescribió, enfocándola en los problemas conductuales de los adolescentes, según lo hallado en el módulo sobre otros síntomas emocionales importantes (OTR).
- » El módulo titulado Evaluación y manejo de condiciones específicamente relacionadas con el estrés: módulo de la Guía de intervención mhGAP (OMS, 2013) se separó en tres módulos: estrés agudo (EAG), duelo (DUE) y trastorno por estrés postraumático (TEPT).
- » Se ha agregado un glosario. Los términos marcados con un asterisco (*) se definen en el anexo 2.

Esta guía es mucho más corta que la *GI-mhGAP*. No provee orientación en torno a los siguientes temas:

- » La dependencia* y la intoxicación por consumo de alcohol y drogas (sin embargo, el estado de abstinencia del alcohol y el consumo nocivo de este y de drogas sí se exponen en esta guía).
- » Los trastorno por déficit de atención con hiperactividad (sin embargo, los problemas conductuales de la adolescencia sí se explican en el módulo de esta guía sobre otros síntomas emocionales. importantes).
- » Los trastornos del espectro autista.
- » La demencia (sin embargo, el apoyo a quienes cuidan a las personas con cualquier trastorno mental, neurológico y por uso de sustancias está cubierto en la sección de esta guía "Principios generales de la atención").
- » El riesgo de autolesión de carácter no inminente
- » Los tratamientos de segunda línea para la mayoría de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias

Sigue habiendo orientación sobre estos últimos temas en la versión completa de la *Guía de intervención humanitaria mhGAP*.

Consejos para directores de servicios clínicos

La integración de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias dentro de la atención general de salud debe efectuarse bajo la supervisión de un responsable (por ejemplo, un funcionario de salud pública del nivel distrital, el director médico de una institución, etc.) que se encargue de diseñar y coordinar la atención en varios centros de salud, basándose en los análisis de situación pertinentes (véase *Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental: guía de herramientas para contextos humanitarios* [OMS y ACNUR, 2012]). Cada establecimiento debe contar con un director clínico con funciones específicas, a quien le compete atender a los puntos siguientes.

Entorno

- » Reservar un **espacio privado**, de preferencia una habitación separada, para las consultas relacionadas con los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Si no se dispone de otra habitación, procurar dividir la existente usando cortinas u otros medios para lograr un máximo de privacidad.
- » Procurar que la habitación no tenga un rótulo, a fin de que el temor al estigma social no induzca a las personas a evitar los servicios antedichos.

Modelo de servicio

- » Procurar que en todo momento esté presente un profesional capacitado que se ocupe de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, es decir, una persona encargada de examinar y tratar a los pacientes con estas afecciones.
- » Otra opción sería establecer en el centro de salud un horario especial de consulta externa una o dos veces por semana para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, a una hora del día en que el centro esté menos concurrido. Si las personas acuden en horas en que no hay consulta, se les puede pedir cortésmente que vuelvan cuando la haya. Establecer un horario especial puede ser útil en los centros de salud muy concurridos, especialmente para la evaluación inicial de los pacientes, la cual suele tardar más que las consultas de seguimiento.

Dotación de personal y capacitación

- » Instruir al personal acerca de cómo crear un ambiente propicio para personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.
- » Seleccionar a algunos miembros del personal para que reciban capacitación en la atención de los trastornos antedichos.
- » Asegurarse de que haya recursos no solo para la capacitación, sino también para la supervisión. La supervisión clínica del personal es parte esencial de la buena atención a los pacientes con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.
- » Si solamente se puede instruir a unos cuantos miembros del personal sobre el contenido de esta guía, hay que procurar que el resto del personal clínico sepa, como mínimo, prestar primera ayuda psicológica (PAP)*. La orientación en este tema consume, aproximadamente, una media jornada. La obra *Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo*, y los materiales para facilitadores que los acompañan, pueden encontrarse en línea.
- » Orientar a los recepcionistas (o a quienes tengan una función parecida) sobre cómo lidiar con personas en estado de agitación que puedan exigir o requerir atención inmediata.
- » Capacitar a los trabajadores comunitarios y a los voluntarios, si los hubiera, para que: a) sensibilicen al personal en torno a la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (véase más adelante); b) ayuden a las personas con estos trastornos a buscar asistencia en el dispensario, y c) colaboren con el seguimiento de los pacientes.
- » Considerar designar a un miembro del equipo de salud (por ejemplo, una enfermera, un trabajador psicosocial, un trabajador social comunitario) para que se le capacite y supervise en la prestación de apoyo psicosocial (por ejemplo, la administración de tratamientos psicológicos breves, la coordinación de grupos de autoayuda, y la enseñanza de técnicas para mitigar el estrés).
- » Orientar a todo el personal en torno a las medidas de protección locales:
 - ♦ Los requisitos en materia de consentimiento y las restricciones aplicables, incluidas las denuncias de casos de sospecha de maltrato infantil, violencia sexual y de género, y otras violaciones de los derechos humanos.
 - ♦ La identificación, búsqueda y reunificación de familias. En particular, los niños que han sido separados de su familia deben ser protegidos y remitidos, en caso necesario, a centros de cuidados provisionales apropiados.

- » Si en el servicio clínico hay profesionales de salud mental internacionales encargados de la supervisión, se les debe proporcionar información acerca de la cultura y el contexto local.
- » Orientar a todo el personal en cuanto a la remisión de pacientes a los servicios.

Remisión de pacientes

- » Asegurarse de que el servicio de salud tenga una lista actualizada de otros servicios adonde remitir a los pacientes para la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.
- » Asegurarse de que el consultorio tenga una lista actualizada de otras fuentes de apoyo en la región (por ejemplo, necesidades básicas como albergue y comida; recursos y servicios sociales y comunitarios; servicios de protección y de asesoramiento jurídico).

Información sobre los servicios disponibles

- » Preparar mensajes para la comunidad sobre la atención disponible para personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (por ejemplo, la finalidad e importancia de este tipo de atención, los servicios disponibles en los centros de salud, la dirección y los horarios).
- » Examinar los mensajes con los líderes de la comunidad.
- » Utilizar diversos canales de distribución de información, por ejemplo, la radio, carteles en los dispensarios, trabajadores comunitarios u otros recursos de la comunidad que puedan servir para transmitir información a la población en general.
- » Cuando corresponda, considerar la posibilidad de hablar de los mensajes con curanderos y sanadores tradicionales que puedan estar atendiendo a personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, y que estén dispuestos a colaborar y remitir ciertos casos (para mayor orientación, véase la Lista de Acciones 6.4 de la Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes [IASC, 2007]).
- » Asegurarse de que la información le llegue a los grupos marginados que tal vez no conozcan la existencia del servicio de salud o no tengan acceso a este.

Medicamentos

- » Trabajar con los responsables políticos competentes para conseguir un suministro constante de medicamentos esenciales.
- » Lograr que haya, como mínimo:
 - ♦ un antipsicótico (en comprimidos y en forma inyectable);
 - ♦ un antiparkinsoniano (contra posibles efectos secundarios extrapiramidales*) (en comprimidos);
 - ♦ un anticonvulsivo o antiépiléptico (en comprimidos);
 - ♦ un antidepresivo (en comprimidos), y
 - ♦ un ansiolítico (en comprimidos y en forma inyectable).
- » Usted puede tener acceso al **Botiquín Médico Interinstitucional de Emergencia (BMIE)** (OMS, 2011), un conjunto grande de medicamentos y suministros médicos destinado a satisfacer las necesidades previstas de atención primaria de salud de 10 000 personas expuestas a emergencias humanitarias mayores durante tres meses.
 - ♦ Los siguientes medicamentos psicotrópicos están incluidos en el botiquín:
 - ▶ Comprimidos de **amitriptilina**: de 25 mg x 4000
 - ▶ Comprimidos de **biperideno**: de 2 mg x 400
 - ▶ Comprimidos de **diazepam**: de 5 mg x 240
 - ▶ Soluciones inyectables de **diazepam**: de 5 mg/ml, 2 ml/ampolla x 200
 - ▶ Comprimidos de **haloperidol**: de 5 mg x 1300
 - ▶ Soluciones inyectables de **haloperidol**: de 5 mg/ml; 1 ml/ampolla x 20
 - ▶ Comprimidos de **fenobarbital**: 50 mg x 1000
 - ♦ La cantidad de medicamentos del botiquín no es suficiente para los programas con detección y tratamiento proactivos de casos de epilepsia, psicosis y depresión. Será necesario pedir más medicamentos.
 - ♦ En el largo plazo, las cantidades necesarias de medicamentos se deberán basar en el consumo real.
- » Además de los medicamentos psicotrópicos, siempre debe haber atropina para el tratamiento clínico de la intoxicación aguda por plaguicidas, una forma común de autolesión. La **atropina** está incluida en el botiquín (1 mg/ml, 1 ml/ampolla x 50).
- » Cerciorarse de que todos los medicamentos estén almacenados de **manera segura**.

Gestión de la información

- » **Proteger la confidencialidad.** Los registros médicos deben guardarse de forma segura.
- » Determinar los datos que se deben introducir en el sistema de información de salud.
 - ♦ Considere la posibilidad de usar el componente neuropsiquiátrico de siete categorías del Sistema de Información de Salud del ACNUR para orientarse en cuanto a la documentación de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (véase el anexo 1).
- ♦ En las emergencias de gran escala e intensidad, los formuladores de las políticas de salud pública pueden no estar preparados para agregar siete elementos al sistema de información en salud. En este caso, como mínimo, debe agregarse un inciso denominado “trastorno mental, neurológico o por uso de sustancias” al sistema de información de salud. Con el tiempo este inciso deberá reemplazarse por un sistema más detallado.
- » Recopilar y analizar los datos y presentar los resultados a las instancias decisorias pertinentes del ámbito sanitario.

Principios Generales de la Atención a Personas con Trastornos Mentales, Neurológicos y por Uso de Sustancias en Emergencias Humanitarias

PGA

1. Principios de la comunicación

En emergencias humanitarias que cambian rápidamente y de manera impredecible, los proveedores de asistencia sanitaria se ven obligados a asistir al mayor número posible de personas en un tiempo mínimo. Las consultas en los centros sanitarios tienen que ser breves y flexibles, y centrarse en los problemas más urgentes. La habilidad para comunicarse eficazmente ayudará a los proveedores de asistencia sanitaria a lograr estos objetivos y permitirá prestar una asistencia eficaz a los adultos, adolescentes y niños con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

» Procure crear un ambiente que facilite una comunicación franca

- ♦ Reúnase con la persona en un **espacio privado**, si es posible.
- ♦ Colóquese de tal manera que sus ojos y los de la persona estén en el mismo nivel (por ejemplo, si la persona está sentada, usted también debe estarlo).
- ♦ **Salude a la persona**; preséntese y describa su cargo o función de una manera apropiada culturalmente.
- ♦ **Salude a todos los presentes.**
- ♦ Pregunte a la persona si quiere que se queden sus cuidadores u otras personas.
 - ▶ A no ser que se trate de un niño pequeño, sugiera hablar a solas con ella si es posible. Si la persona quiere que otros estén presentes, respete su deseo.
 - ▶ Si usted ve a la persona a solas, pídale permiso para:
 - plantearles preguntas pertinentes a sus cuidadores a fin de sondear su punto de vista; y
 - dejar que los cuidadores participen cuando se examine y decida el tratamiento.
- ♦ Déjele saber a la persona que todo lo hablado durante la visita se tratará de manera **confidencial** y que a nadie más se le revelará sin su permiso, a no ser que, a su juicio, la persona o los demás estén en peligro (observe que es posible que haya que adaptar este mensaje en conformidad con los límites jurídicos nacionales en torno a la confidencialidad).

» Procure darle toda la participación posible a la persona afectada por el trastorno

- ♦ Aunque el funcionamiento mental de la persona se vea afectado, **siempre trate de incluirla en la conversación**. Esto también se aplica a los niños, jóvenes y personas de edad que tienen trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. No los pase por alto dirigiéndose únicamente a sus cuidadores.

- ♦ Siempre trate de **explicarle** a la persona lo que está haciendo usted (por ejemplo, durante la exploración física) y lo que se propone hacer.

» Comience por escuchar

- ♦ Deje que la persona afectada por un trastorno mental, neurológico o por uso de sustancias hable sin interrupción. Las personas atribuladas no siempre pueden narrar sus antecedentes con claridad. En tales casos, tenga paciencia y pida aclaraciones. Trate de no apresurarlas.
- ♦ No presione a la persona a hablar de sucesos posiblemente traumáticos* o a describirlos si no desea hacerlo. Simplemente déjele saber que usted está allí para escucharla.
- ♦ Los niños pueden necesitar más tiempo para sentirse cómodos. Use un lenguaje que ellos puedan entender. Para establecer una relación con los niños a veces hay que conversar con ellos acerca de sus intereses (juguetes, amigos, escuela, etcétera).

» Sea claro y breve

- ♦ Use un lenguaje con el que la persona esté familiarizada. Evite usar términos técnicos.
- ♦ El estrés puede menoscabar la capacidad de una persona para procesar información. Aborde un solo punto a la vez para ayudar a la persona a entender lo que se está diciendo antes de pasar al siguiente punto.
- ♦ **Resume y repita los puntos clave.** Puede ser útil pedirle a la persona o a sus cuidadores que anoten por escrito los puntos importantes. O bien dele a la persona un resumen escrito de los puntos claves.

» Muestre sensibilidad cuando las personas le revelen experiencias difíciles (por ejemplo, agresión sexual, violencia o autolesión)

- ♦ Déjele saber a la persona que usted respetará la confidencialidad de la información.

- ♦ Nunca menosprecie los sentimientos de la persona, ni la sermonee, ni adopte una actitud moralizante.
- ♦ Tenga en consideración que a la persona pudo haberle costado mucho sincerarse.
- ♦ Si hay que remitirla a otros servicios, explíquelo claramente cuáles serán los pasos siguientes. Pídale permiso a la persona para pasarles su información a otros proveedores que puedan ayudarla. Por ejemplo:
 - ▶ *Usted me dijo que su vecino le hizo algo muy malo. No se lo contaré a nadie, pero me vienen a la mente algunas personas que quizá puedan ayudarlo. ¿Le parece bien que le hable a mi colega de la institución equis acerca de la experiencia que ha tenido usted?*

» **No juzgue a las personas por su forma de comportarse** Las personas con serios trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias pueden comportarse de manera extraña. Entienda que esto puede obedecer a su enfermedad. No pierda la calma y tenga paciencia. Jamás se burle de la persona.

- ▶ Si la persona se comporta de manera inapropiada (por ejemplo, **con agitación, agresividad o gestos amenazantes**), busque el origen del problema y sugiera soluciones. Haga que los cuidadores u otros miembros del personal ayuden a crear un **espacio de serenidad y quietud**. Si la persona está muy atribulada o agitada, puede que usted tenga que darle prioridad y hacerla pasar al consultorio de inmediato.

» **Cuando sea necesario, recurra a intérpretes capacitados**

- ♦ Si hace falta, procure trabajar con intérpretes capacitados, de preferencia del mismo sexo que la persona enferma. Si no se encuentra un intérprete capacitado, otro miembro del personal sanitario o un cuidador pueden oficiar de intérpretes, con el consentimiento de la persona.
- ♦ Si quien oficia de intérprete es el cuidador, esté atento a la posibilidad de que la persona enferma no se sincere del todo. Además, un conflicto de intereses entre ella y los cuidadores puede influir en la comunicación. Si esto plantea un problema, haga que esté presente otro intérprete en las futuras consultas.
- ♦ Pídale al intérprete que respete la confidencialidad y que traduzca literalmente, sin agregar sus propios pensamientos e interpretaciones.

2. Principios de la evaluación

Parte de la evaluación clínica consiste en identificar el trastorno –mental, neurológico o por uso de sustancias– que padece la persona, y determinar de qué manera esta entiende sus problemas. También es importante evaluar los puntos que la persona tiene a su favor y los recursos con que cuenta (por ejemplo, apoyo social). Esta información complementaria ayudará a los proveedores de asistencia sanitaria a prestar una mejor atención.

Durante la evaluación, es importante observar en todo momento el aspecto general, el estado de ánimo, la expresión facial, el lenguaje corporal y el habla de la persona con un trastorno del tipo que nos concierne.

» Investigue el motivo de la consulta

- ♦ *¿Por qué ha venido hoy? ¿Cuándo y cómo comenzó el problema? ¿Cómo evolucionó con el transcurso del tiempo?*
- ♦ *¿Cómo se siente con respecto a este problema? ¿Qué lo provocó, según usted?*
- ♦ *¿Cómo repercute este problema en su vida cotidiana? ¿Cómo lo afecta en la escuela, en el trabajo o en su vida social cotidiana?*
- ♦ *¿Qué ha tratado de hacer para resolver este problema? ¿Ha tomado alguna medicina? Si la ha tomado, ¿de qué tipo (por ejemplo, con receta osin receta, herbario)? ¿Qué efecto tuvo?*

» Investigue cualquier posible antecedente familiar de trastorno mental, neurológico o por uso de sustancias

- ♦ *¿Sabe de alguien en su familia que haya tenido un problema parecido?*

» Investigue los antecedentes médicos generales de la persona

- ♦ Pregunte si ha tenido problemas de salud físicos anteriormente:
 - *¿Alguna vez ha tenido un problema de salud grave?*
 - *¿Recibe actualmente tratamiento por algún problema de salud?*
- ♦ Pregunte si la persona está tomando algún medicamento:
 - *¿Le han recetado algún medicamento que deba estar tomando ahora mismo?*
 - *¿Cómo se llama ese medicamento? ¿Lo trajo con usted? ¿Con qué frecuencia lo toma?*
- ♦ Pregunte si la persona ha tenido alguna vez alguna reacción alérgica a un medicamento.

» Investigue los factores de estrés, las estrategias usadas para salir adelante y el apoyo social

- ♦ *¿Cómo ha cambiado su vida desde el ... [mencione el suceso que provocó la crisis humanitaria]?*
- ♦ *¿Ha perdido a un ser querido?*
- ♦ *¿Cuán intenso es el estrés en su vida? ¿Cómo le está afectando?*
- ♦ *¿Cuáles son los problemas más graves que enfrenta ahora mismo?*
- ♦ *¿Cómo maneja estos problemas día a día?*

- ♦ *¿Qué clase de apoyo tiene? ¿Recibe ayuda de la familia, los amigos o personas de la comunidad?*

» Investigue el posible consumo de alcohol y drogas

Las preguntas concernientes al consumo de alcohol y drogas pueden parecer delicadas y hasta ofensivas. Sin embargo, son parte esencial de la evaluación de personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Explíquelo a la persona que esto forma parte de la evaluación y procure plantear las preguntas sin emitir juicios de valor y de una manera culturalmente sensible.

- ♦ *Tengo que hacerle unas cuantas preguntas de rutina como parte de la evaluación. ¿Consume bebidas alcohólicas (o cualquier otra sustancia cuyo uso constituya un problema conocido en la zona)? [En caso afirmativo] ¿Cuánto consume por día o por semana?*
- ♦ *¿Toma pastillas cuando se siente estresado o molesto o cuando tiene miedo? ¿Toma algo cuando siente dolor? ¿Toma pastillas para dormir? [En caso afirmativo] ¿Cuántas toma al día o a la semana? ¿Desde cuándo?*

» Investigue eventuales ideas suicidas o intentos de suicidio

Las preguntas concernientes al suicidio también pueden parecer ofensivas, pero son igualmente esenciales para la evaluación de estos pacientes. Procure plantear las preguntas sin emitir juicios de valor y de una manera culturalmente sensible.

- ♦ Puede comenzar con: *¿Cuáles son sus expectativas para el futuro?* Si la persona expresa sentimientos de desesperanza, siga indagando (recuadro 1 del módulo de SUI) cuestiones tales como: *¿Cree que vivir valga la pena? ¿Piensa en la posibilidad de hacerse daño a sí mismo? O bien, ¿Ha hecho algún plan para quitarse la vida? (SUI)*

» Lleve a cabo una exploración física centrada en el problema de interés

- ♦ Debe ser una exploración física focalizada, basada en la información obtenida durante la evaluación del trastorno de interés. Si en esta etapa se detecta cualquier problema físico, trátelo usted mismo o remita al paciente al servicio adecuado.



- » Si se sospecha la presencia de un trastorno mental, neurológico o por uso de sustancias, consulte el módulo pertinente para la evaluación.
- » Si la persona tiene síntomas de varios trastornos mentales, neurológicos o por uso de sustancias, deberán tenerse en cuenta todos los módulos pertinentes.

3. Principios para el manejo

Muchos trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias son crónicos y requieren vigilancia y seguimiento a largo plazo. En situaciones de crisis humanitarias, sin embargo, la continuidad de la atención puede dificultarse porque no siempre hay servicios de salud mental, o bien las personas han sido desplazadas o están a punto de serlo. Por lo tanto, es importante tener presente que los cuidadores de las personas que padecen estos trastornos constituyen un recurso valioso. Es posible que puedan prestar atención, apoyo y vigilancia constantes durante toda la crisis. Cuidador es todo aquel que se siente responsable, junto con otros, por el bienestar de la persona que tiene un trastorno mental, neurológico o por uso de sustancias, incluidos los familiares, amigos u otras personas de confianza. La adhesión al tratamiento mejorará si a la persona afectada y a sus cuidadores se les ayuda a entender mejor el trastorno y su tratamiento y seguimiento.

» Maneje tanto las dolencias físicas como mentales en las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias

- ♦ Provea a la persona información sobre su condición.
 - Si ella está de acuerdo, dele también la información a quien la cuida
- ♦ Dialogue con la persona para acordar con ella qué objetivos pueden alcanzarse y qué plan de tratamiento ha de seguirse.
 - Si la persona está de acuerdo, también incluya en este diálogo a quien la cuida.
 - Con respecto al plan terapéutico propuesto, infórmele sobre:
 - los beneficios esperados del tratamiento;
 - la duración del tratamiento;
 - la importancia de cumplir el tratamiento, en particular llevando a cabo en casa una intervención psicológica adecuada (ejercicios de relajamiento, por ejemplo) y viendo cómo los cuidadores podrían ayudar;
 - los posibles efectos secundarios de cualquier medicamento prescrito;
 - la posibilidad de darles participación a los trabajadores sociales, coordinadores de casos, trabajadores de salud comunitarios u otros miembros fiables de la comunidad (véase más adelante “Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social”);
 - el pronóstico. Hable en un tono alentador pero sea realista en cuanto a las posibilidades de recuperación.
 - Proporcione información acerca de los aspectos económicos del plan terapéutico, si corresponde.

» Responda a las dudas e inquietudes que tengan la persona y su cuidador acerca del plan terapéutico

Si se trata de una mujer embarazada o que amamanta:

- » No recete medicamentos que puedan ser nocivos para el feto, y facilite el acceso a la **atención prenatal**.
- » No recete medicamentos que puedan ser nocivos para el lactante o niño pequeño de una mujer que está dando de mamar. Vigile de cerca al bebé de una mujer que esté tomando cualquier medicina mientras amamanta. Considere la posibilidad de facilitarle el acceso a tiendas de campaña o espacios “amigos de los niños”.

» Antes de que la persona se marche:

- ♦ Compruebe que ella y su cuidador entienden el plan terapéutico y están de acuerdo con él (puede, por ejemplo, pedirles a ambos que le repitan los pormenores del plan).
- ♦ Procure que la persona esté al pendiente de sus propios síntomas y explíquelo a ella y al cuidador cuándo es preciso buscar atención urgente.
- ♦ Programe una consulta de seguimiento.
 - Formule un plan de seguimiento teniendo en cuenta la crisis humanitaria existente (por ejemplo, la huida o el desplazamiento forzado de una población y la desorganización de los servicios).
 - Si no es probable que la persona pueda regresar al mismo consultorio:
 - Proporciónelo por escrito un resumen del plan terapéutico y pídale que lo lleve a futuras consultas clínicas.
 - Dele los datos necesarios para que pueda ponerse en contacto con otros establecimientos de asistencia sanitaria en las cercanías.
- ♦ Las primeras visitas de seguimiento deben ser más frecuentes, hasta que los síntomas empiencen a mejorar por efecto del tratamiento.
- ♦ Una vez que los síntomas comienzan a mejorar, se recomienda que las consultas sean menos frecuentes pero periódicas.
- ♦ Explique que, ante cualquier problema, la persona puede regresar al consultorio en cualquier momento entre las visitas de seguimiento (por ejemplo, en caso de efectos secundarios de los medicamentos).

» En cada consulta de seguimiento, evalúe:

- ♦ La respuesta al tratamiento, la presencia de efectos farmacológicos secundarios y el cumplimiento del régimen medicamentoso y de las intervenciones psicosociales. Destaque todo progreso hacia las metas trazadas y refuerce la adherencia al tratamiento.
- ♦ El estado de salud general. Examine el estado físico de la persona con regularidad.
- ♦ La capacidad de la persona de cuidar de sí misma (por ejemplo, la alimentación, la higiene, la ropa) y su funcionamiento en su propio medio.
- ♦ Cuestiones de índole psicosocial o cambios en las condiciones de vida que puedan afectar al tratamiento.
- ♦ La comprensión y las expectativas de la persona y del cuidador respecto del tratamiento. Corrijales cualquier idea errónea.

- ♦ Siempre verifique los datos de contacto más recientes, ya que pueden cambiar con frecuencia.
- » **A lo largo del periodo de seguimiento:**
 - ♦ Manténgase en contacto con la persona y su cuidador. Si puede, pídale a un trabajador comunitario u otro miembro fiable de la comunidad que se mantenga en contacto con la persona. Puede ser incluso un familiar.
 - ♦ Tenga listo un plan de acción en caso de que la persona no acuda a su cita.
 - ▶ Procure determinar por qué la persona no volvió. Un trabajador comunitario u otra persona de confianza puede ayudar a ubicarla (por ejemplo, mediante visitas a domicilio).
 - ▶ De ser posible, procure resolver el problema para que la persona pueda regresar al consultorio.
 - ♦ Consulte a un especialista si la persona no mejora.

4. Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social

La reducción del estrés y el fortalecimiento del apoyo social son aspectos esenciales del tratamiento de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en situaciones humanitarias de emergencia, en las que las personas a menudo experimentan niveles altísimos de estrés. No se trata solamente del estrés que sufren las personas afectadas por dichos trastornos, sino también del que sienten sus cuidadores y las personas a su cargo. El estrés suele fomentar o empeorar los trastornos de este tipo. El apoyo social puede reducir muchos de los efectos adversos del estrés; de ahí que sea indispensable prestarle atención. El fortalecimiento del apoyo social también es parte esencial de la protección (>> “Principios de la protección de los derechos humanos”) y el bienestar general de la población afectada por las crisis humanitarias (>> “Principios de la atención al bienestar general”).

» Investigue las posibles causas de estrés y la disponibilidad de apoyo social

- ◆ ¿Qué es lo que más le preocupa últimamente?
- ◆ ¿Cómo maneja esta preocupación?
- ◆ ¿Qué cosas le dan consuelo, fuerza y energía?
- ◆ ¿Con quién se siente más cómodo para hablar de sus problemas? Cuando no se siente bien, ¿a quién acude para pedir ayuda o consejos?
- ◆ ¿Cómo describiría la relación con su familia? ¿Cómo lo apoyan su familia y sus amigos? ¿Cómo siente que lo estresan?

» Esté atento a los indicios de maltrato o negligencia

- ◆ Esté atento a los indicios de abuso sexual o maltrato físico (incluida la violencia doméstica) en las mujeres, los niños y las personas de edad (por ejemplo, moretones o traumatismos sin explicación, miedo excesivo, renuencia a hablar del asunto cuando está presente un familiar).
- ◆ Esté atento a los indicios de negligencia, en particular en los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad (por ejemplo, malnutrición en una familia con acceso a suficiente comida, o un niño demasiado retraído).
- ◆ Cuando hay señales de maltrato o negligencia, hable con la persona en privado para preguntarle si pasa algo que le está haciendo daño.
- ◆ Si sospecha que hay maltrato o negligencia:
 - ▶ Hable de inmediato con su supervisor para formular un plan de acción.
 - ▶ Determine, con el consentimiento de la persona, los recursos de apoyo (por ejemplo, servicios de asesoramiento jurídico confiable y redes de protección) que existen en la comunidad.

» Sobre la base de la información reunida, considere las siguientes estrategias:

- ◆ Resolución de problemas:
 - ▶ Aplique técnicas de resolución de problemas* para ayudar a la persona a mitigar los principales factores de estrés. Cuando dichos factores no se puedan eliminar o reducir, es factible aplicar técnicas de resolución de problemas para aprender a sobrellevarlos. En general, no dé consejos directos. Trate de alentar a la persona a encontrar sus propias soluciones.
 - ▶ Cuando se trabaja con niños y adolescentes, es imprescindible determinar y combatir también las causas de estrés del cuidador.
- ◆ Refuerce el apoyo social:
 - ▶ Ayude a la persona a identificar a familiares,

amigos y miembros de la comunidad fiables que estén dispuestos a ayudarla, así como a ver qué papel puede desempeñar cada uno en la ayuda prestada.

- ▶ Con el consentimiento de la persona, remítala a otros servicios comunitarios para recibir apoyo social. Los trabajadores sociales, coordinadores de casos y otras personas de confianza de la comunidad, podrían ayudar a poner a la persona en contacto con los recursos apropiados, tales como:
 - servicios sociales o de protección;
 - albergue, ayuda alimentaria y otras necesidades elementales;
 - centros comunitarios, grupos de autoayuda y de apoyo;
 - actividades generadoras de ingreso y otras actividades de interés;
 - educación formal o informal;
 - espacios para los niños, así como actividades estructuradas para niños y adolescentes.
 Cuando remita a la persona a otro servicio, dele instrucciones sobre cómo llegar, el horario de consultas, el número de teléfono, etc.) y escríbele una nota breve de referencia.
- ◆ Enseñe técnicas para el manejo del estrés:
 - ▶ Identifique y desarrolle formas positivas de relajarse (por ejemplo, escuchar música, practicar un deporte, etcétera).
 - ▶ Enseñe a la persona y a sus cuidadores técnicas específicas para manejar el estrés (por ejemplo, ejercicios de respiración (>> recuadro PGA 2)).
 - En ciertos casos la puede remitir a un trabajador de salud (por ejemplo, una enfermera o un consejero psicosocial) que pueda enseñarle estas técnicas.

» Preste atención al estrés de los cuidadores

- ◆ Pregunte a los cuidadores acerca de:
 - ▶ la preocupación y ansiedad provocadas por el cuidado de personas con trastornos mentales, neurológicos o por uso de sustancias en la situación de emergencia humanitaria existente;
 - ▶ las dificultades prácticas encontradas (por ejemplo, la carga que representa para ellos en cuanto a tiempo, libertad y dinero);
 - ▶ su capacidad para realizar otras actividades diarias, tales como trabajar o participar en actividades comunitarias;
 - ▶ su cansancio físico;
 - ▶ las fuentes de apoyo social disponibles;

- *¿Hay otras personas que pueden ayudarlo cuando usted no está en condiciones de cuidar a la persona (por ejemplo, cuando usted mismo está enfermo o agotado)?*
- ▶ el bienestar psicológico. Si los cuidadores se muestran afligidos o inestables, evalúelos para determinar si padecen un trastorno mental, neurológico o por uso de sustancias (por ejemplo, >> DEP, ADR).
- ◆ Después de la evaluación, interécese por las necesidades e inquietudes de los cuidadores. Esto puede entrañar:
 - ▶ proporcionar información;
 - ▶ poner al cuidador en contacto con los servicios comunitarios y fuentes de apoyo pertinentes;
 - ▶ tratar el tema de la ayuda de relevo. Otro familiar o alguien más de confianza pueden asumir el cuidado de la persona provisionalmente mientras el cuidador principal se toma un descanso o se ocupa de otras actividades importantes;
 - ▶ brindar asesoramiento sobre la resolución de problemas* y enseñar técnicas para el manejo del estrés;
 - ▶ tratar cualquier trastorno mental, neurológico o por uso de sustancias que se detecte en el cuidador.
- ◆ Reconozca que es estresante atender a personas con trastornos mentales, neurológicos o de adicción, pero explíquelo al cuidador que es importante que lo siga haciendo. Pese a lo difícil que esto pueda ser, el cuidador tiene que respetar la dignidad de las personas de las que se ocupa, y hacerlas participar siempre que sea posible en las decisiones sobre sus propias vidas.

Recuadro PGA 1. Fortalecimiento del apoyo comunitario

Además del manejo clínico de la persona, fomente actividades que redunden en un mayor apoyo familiar y comunitario para todos, especialmente los miembros marginados de la comunidad. Para obtener más información, véase **Comprender la protección comunitaria** (ACNUR, 2013) y la Lista de Acciones 5.2 de la **Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes** (IASC, 2007).

Recuadro PGA 2. Ejercicio de relajamiento: instrucciones para la técnica de respiración lenta

Voy a enseñarle a respirar de una manera que lo ayudará a relajar el cuerpo y la mente. Tendrá que practicar durante algún tiempo para empezar a sentir todos los beneficios de esta técnica respiratoria.

Esta estrategia se basa en la respiración porque cuando estamos estresados respiramos en una forma muy rápida y superficial que nos hace sentir aún más tensos. Para comenzar a relajarse tiene que empezar por cambiar su forma de respirar.

Antes de comenzar relajaremos el cuerpo. Agite suavemente y afloje los brazos y las piernas. Relájelos y déjelos colgar completamente flácidos. Gire los hombros hacia atrás y voltee la cabeza suavemente de lado a lado.

Ahora póngase una mano en el vientre y la otra en el pecho. Haga de cuenta que tiene un globo en el estómago y que al inhalar lo infla, y con ello expande su estómago. Y al exhalar hará que el aire salga del globo, desinflando así el estómago. Obsérveme: voy a exhalar primero para sacar todo el aire del estómago.

[Muestre cómo se respira con el estómago, procurando exagerar los movimientos de contracción y expansión.]

Bien, ahora trate de respirar con el estómago junto conmigo. Recuerde, primero exhalamos hasta haber sacado todo el aire; después inhalamos. Si puede, trate de inhalar por la nariz y exhalar por la boca.

¡Muy bien! Ahora el segundo paso es tratar de respirar más despacio. Inhalaremos durante tres segundos, luego aguantaremos la respiración dos segundos, y exhalaremos durante tres segundos. Contaré con usted. Puede cerrar los ojos si lo prefiere.

Bien, ahora inhale, 1, 2, 3. Aguante la respiración, 1, 2. Y exhale, 1, 2, 3. ¿Nota lo despacio que estoy contando?

[Repita este ejercicio respiratorio alrededor de un minuto.]

Excelente. Ahora bien, cuando practique por su cuenta, no se preocupe demasiado por hacerlo en tres segundos exactos. Simplemente trate, lo mejor que pueda, de respirar más despacio cuando se sienta estresado.

Bien, ahora practique usted solo durante un minuto.

5. Principios de protección de los derechos humanos

Las personas con graves trastornos mentales, neurológicos o por uso de sustancias necesitan protección ya que corren mayor riesgo de ser víctimas de violaciones de los derechos humanos. A menudo les resulta muy difícil cuidar de sí mismas y de sus familias, además suelen ser discriminadas en muchos ámbitos de la vida, entre ellos el trabajo, el alojamiento y la vida familiar. Pueden tener poco acceso a la ayuda humanitaria. Pueden sufrir maltrato o abandono en su propio entorno familiar y a menudo se les niegan oportunidades de participar plenamente en la vida de la comunidad. Algunas de estas personas no son conscientes de que tienen un problema que requiere atención y apoyo.

Las personas con los trastornos antedichos pueden ser víctimas de una serie de violaciones de los derechos humanos durante las emergencias humanitarias, tales como:

- » Discriminación en el acceso a los medios esenciales para sobrevivir, como alimentos, agua, saneamiento, albergue, servicios de salud, protección y medios de subsistencia.
- » Negación del derecho a ejercer su personalidad jurídica.
- » Falta de acceso a servicios para satisfacer sus necesidades específicas.
- » Maltrato físico y abuso sexual, explotación, violencia, negligencia y detención arbitraria.
- » Abandono o separación de la familia durante el desplazamiento.
- » Abandono y negligencia en entornos institucionales.

Lamentablemente, los sistemas de protección comunitarios y los programas para personas con discapacidad no siempre incluyen –y a veces hasta excluyen en forma deliberada– la protección de personas con graves trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Por consiguiente, los proveedores de asistencia sanitaria deben abogar activamente por proteger a estas personas y afrontar las brechas existentes en este sentido.

A continuación se enumeran algunas acciones clave en lo referente a la protección de personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias que viven en comunidades donde hay crisis humanitarias.

» Haga participar a los interesados directos

- ◆ Identifique a los interesados directos que deban ser informados sobre todo lo concerniente a la protección de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Estos interesados directos pueden ser:
 - ▶ personas con los trastornos antedichos y sus cuidadores;
 - ▶ líderes comunitarios (por ejemplo, representantes electos, ancianos respetados, docentes, líderes religiosos, curanderos y sanadores espirituales);
 - ▶ directores de diversos servicios (por ejemplo, de servicios de protección o seguridad, salud, hospedaje, agua y saneamiento, nutrición, educación, programas de ayuda para la subsistencia);
 - ▶ directores de servicios para personas con discapacidad (muchos de estos servicios inadvertidamente pasan por alto la discapacidad ocasionada por los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias);
 - ▶ representantes de grupos comunitarios (grupos de jóvenes o de mujeres) y de organizaciones de derechos humanos;
 - ▶ la policía y las autoridades jurídicas.
- ◆ Organice actividades de sensibilización para los interesados directos:
 - ▶ Considere la posibilidad de ofrecer talleres de orientación sobre los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.
 - ▶ Consulte a personas con dichos trastornos, a sus cuidadores y a los sectores que se ocupan de la discapacidad y de los servicios sociales a la hora de diseñar y llevar a cabo las actividades de sensibilización.

▶ Durante las actividades de sensibilización:

- Imparta enseñanza y corrija las ideas equivocadas acerca de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.
- Informe sobre los derechos de las personas con estos trastornos, en particular sobre la igualdad de acceso a la ayuda y la protección humanitarias.
- Luche contra la discriminación de las personas que tienen estos trastornos.
- Promueva el apoyo a los cuidadores de personas con estos trastornos.

» Proteja los derechos de personas con graves trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en los servicios de asistencia sanitaria

Siempre trate dignamente y con respeto a las personas con trastornos de este tipo.

- ◆ Asegúrese de que las personas afectadas por esos trastornos tengan el mismo acceso a la atención de sus dolencias físicas que las personas sin tales trastornos .
- ◆ Respete el derecho de una persona a negarse a recibir atención de salud a no ser que carezca de la capacidad para tomar esa decisión (véanse los convenios internacionales).
- ◆ Desaliente la internación en instituciones. Si ya está internada la persona, abogue por sus derechos dentro de la institución.

» Promueva la integración de las personas con graves trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias a la comunidad

- ♦ Abogue por la inclusión de las personas con estos trastornos en servicios de ayuda para la subsistencia, programas de protección y otras actividades de la comunidad.
- ♦ Abogue por la inclusión de los niños con epilepsia y otros trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el sistema educativo ordinario.
- ♦ Abogue por la inclusión de programas para niños y adultos con discapacidad intelectual o retraso del desarrollo en los programas comunitarios de apoyo a personas con discapacidades.
- ♦ Abogue por mantener, en la medida de lo posible, la autonomía e independencia de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

Los principios generales de la protección de personas en el transcurso de las acciones humanitarias se describen en la **Carta humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria** (Proyecto Esfera, 2011). Si desea mayor orientación sobre la protección de las personas internadas en hospitales psiquiátricos y otras instituciones, consulte la Lista de Acciones 6.3 de la **Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes** (IASC, 2007).

6. Principios de la atención al bienestar general

Además de atención médica, las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias necesitan, para su bienestar general, una variedad de apoyos adicionales. Esto es así, especialmente, en situaciones de crisis humanitarias donde los servicios básicos, las estructuras sociales, la vida familiar y la seguridad a menudo se ven trastocados. Estas personas se enfrentan a dificultades especiales para llevar a cabo sus actividades diarias y su autocuidado básico. La función de los proveedores de asistencia sanitaria va más allá de prestar atención médica; comprende, además, abogar por el bienestar general de las personas con los trastornos antedichos en diversos sectores, tal como se ilustra en la pirámide de intervenciones del IASC (véase la figura PGA 1).

- » **Ayude a las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias a acceder sin peligro a los servicios que necesitan para sobrevivir y llevar una vida digna (por ejemplo, agua y saneamiento, ayuda alimentaria, albergue, apoyo a los medios de subsistencia). Esto puede implicar:**
 - ♦ orientar en cuanto a la disponibilidad y ubicación de tales servicios;
 - ♦ remitir a las personas al sector social y trabajar con este activamente para vincularlas con los servicios de asistencia social (por ejemplo, los de manejo de casos por trabajadores sociales);
 - ♦ orientar acerca de cuestiones de seguridad cuando la persona no tiene conciencia suficiente de los factores que amenazan su seguridad.
- » **Tramite el acceso prioritario a actividades apropiadas para personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias; por ejemplo, ayude a los niños con trastornos de este tipo a acceder a espacios “amigos de los niños”.**
- » **Vele por la salud física general de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias:**
 - ♦ Gestione exámenes médicos y vacunaciones periódicas.
 - ♦ Asesore a las personas en materia de autocuidado básico (nutrición, actividad física, relaciones sexuales protegidas, planificación familiar, etcétera).

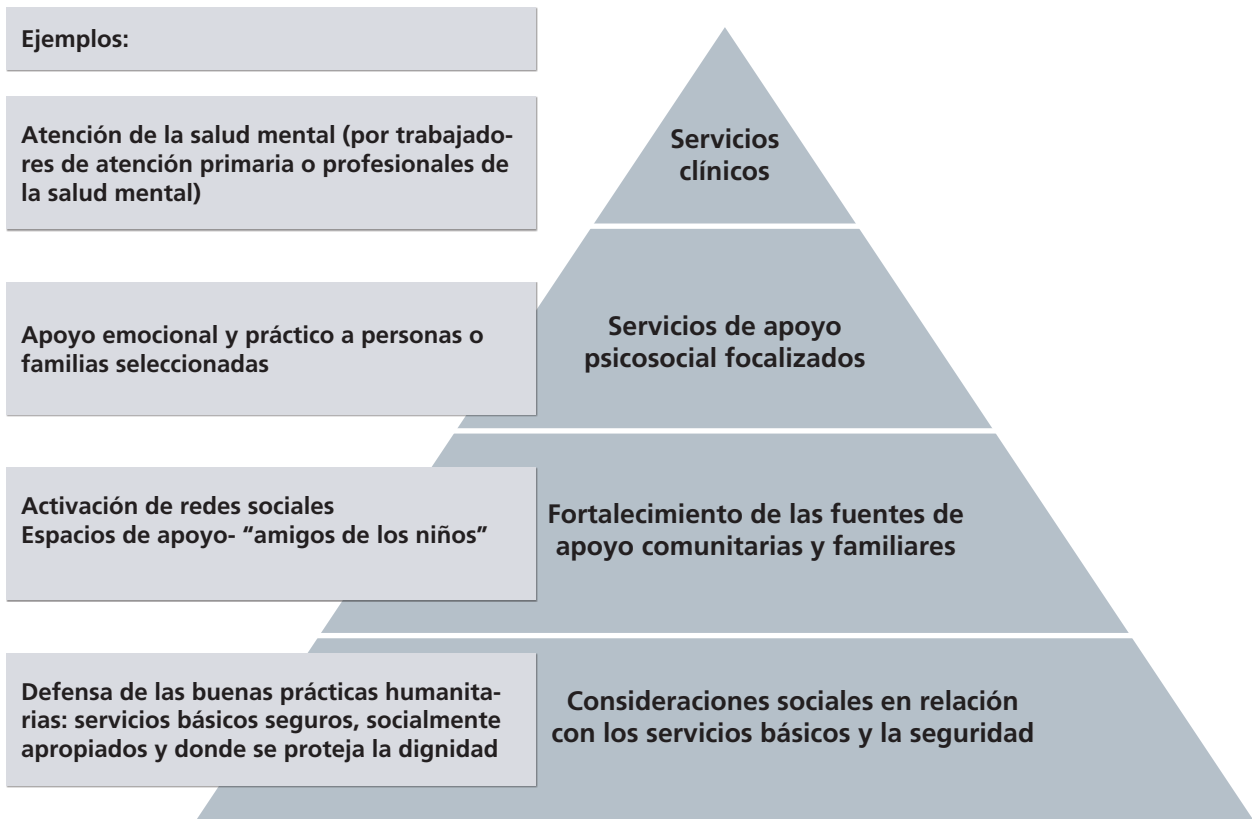


Figura PGA 1. Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias (adaptado con autorización)

En las emergencias humanitarias, los adultos, adolescentes y niños a menudo se ven expuestos a experiencias potencialmente traumáticas,* que desencadenan reacciones emocionales, cognitivas, conductuales y somáticas muy diversas. Aunque la mayoría de las reacciones remiten espontáneamente sin convertirse en trastornos mentales, las personas con reacciones graves muchas veces acuden a los servicios de salud en busca de ayuda.

En situaciones de emergencias humanitarias las personas sufren todo tipo de experiencias y pérdidas potencialmente traumáticas; por lo tanto, pueden experimentar a un mismo tiempo estrés agudo y síntomas de duelo. Los síntomas, la evaluación y el tratamiento del estrés agudo y el duelo tienen mucho en común. Sin embargo, el duelo es el tema de un módulo separado (>> DUE).

A raíz de una experiencia potencialmente traumática, los médicos tienen que saber detectar los siguientes elementos:

» Síntomas importantes de estrés agudo (EAG).

Las personas con estos síntomas pueden presentar una amplia variedad de dolencias físicas inespecíficas que carecen de explicación psicológica o médica. Entre ellas figuran las reacciones a una experiencia potencialmente traumática **durante el último mes**, que las llevan a buscar ayuda o les dificultan el funcionamiento diario pero que no satisfacen los criterios para otros trastornos abordados en esta guía. **Este módulo se refiere a la evaluación y el tratamiento de los síntomas más importantes del estrés agudo.**

» Trastorno por estrés postraumático (>> TEPT).

Cuando un conjunto característico de síntomas (sensación de revivir el episodio traumático, evitación y sentimiento exagerado de amenaza permanente) dura más de un mes después de una experiencia potencialmente traumática y dificulta mucho el funcionamiento diario, la persona podría haber desarrollado un trastorno por estrés postraumático.

Problemas y trastornos que se presentan frecuentemente después de la exposición a factores estresantes (por ejemplo, eventos potencialmente traumáticos) pero que bien pueden manifestarse sin tal exposición. Entre estos figuran los trastornos depresivos de intensidad moderada a grave (>> DEP), la psicosis (>> PSI), el consumo nocivo de alcohol y drogas (>> ADR), el suicidio (>> SUI) y otros síntomas emocionales importantes (>> OTR).

» Reacciones que carecen de importancia clínica y no requieren tratamiento médico.

De todas las reacciones, estas son las más comunes. Comprenden las reacciones transitorias que no llevan a la búsqueda de asistencia ni alteran el funcionamiento diario. En estos casos, los proveedores de servicios de salud deben prestar apoyo, responder a las necesidades e inquietudes de la persona, y observarla para ver si se produce la esperada recuperación natural.

Pregunta 1. ¿Ha tenido la persona una experiencia potencialmente traumática en fecha reciente?

» Pregunte si la persona ha pasado por alguna **experiencia potencialmente traumática**. Esto se refiere a cualquier experiencia amenazante o aterradora, como ser víctima de violencia física o sexual (incluida la violencia doméstica), presenciar un crimen atroz o sufrir un accidente o traumatismo graves. Considere plantear las siguientes preguntas:

- ♦ ¿Qué experiencia estresante ha sufrido? ¿Ha estado en peligro su vida? ¿Ha pasado por algo aterrador u horrible o que le ha hecho sentirse muy mal? ¿Se siente seguro en su casa?

» Pregunte **cuánto tiempo ha transcurrido** desde el incidente.

- » Si la persona ha tenido una experiencia potencialmente traumática en el **último mes**, pase a la pregunta 2.
- » Si ha habido una pérdida importante (como la muerte de un ser querido), también evalúe a la persona para determinar si sufre síntomas de duelo (>> DUE).

Si una experiencia potencialmente traumática ha tenido lugar hace más de un mes, piense más bien en otros trastornos examinados en esta guía (>> DEP, TEPT, PSI, SUB).

Pregunta 2. Si una experiencia potencialmente traumática ha tenido lugar en el último mes, ¿tiene la persona síntomas importantes de estrés agudo?

» Compruebe si hay:

- ♦ ansiedad por temor a peligros vinculados con el suceso traumático
- ♦ trastornos del sueño
- ♦ falta de concentración
- ♦ pesadillas recurrentes, escenas retrospectivas* (flashbacks) o recuerdos intrusivos * en conexión con el suceso, junto con mucho miedo o pavor
- ♦ evitación deliberada de pensamientos, recuerdos, actividades o situaciones que a la persona le traen a la memoria los sucesos traumáticos (por ejemplo, el no hablar de temas que se lo recuerdan o no regresar a los lugares donde ocurrieron)
- ♦ nerviosismo exagerado o desasosiego: estado de preocupación excesiva y sensación de amenaza permanente, o reacción desproporcionada frente a los ruidos fuertes o los movimientos repentinos
- ♦ conmoción, aturdimiento o insensibilidad, falta de capacidad para sentir algo
- ♦ emociones perturbadoras (por ejemplo, lloriqueo, ira)
- ♦ cambios de comportamiento, tales como:
 - ▶ agresividad
 - ▶ aislamiento social y retraimiento
 - ▶ conductas de riesgo en los adolescentes
- ▶ comportamiento regresivo*, como orinarse en la cama (enuresis nocturna*), pegarse a las faldas de la madre o lloriquear en el caso de los niños
- ♦ hiperventilación (respiración rápida, dificultad para respirar)
- ♦ dolencias físicas sin causa médica aparente, tales como:
 - ▶ palpitaciones, mareo
 - ▶ dolores de cabeza, dolores o molestias generalizadas
 - ▶ síntomas corporales de disociación (por ejemplo, parálisis sin causa médica aparente*, incapacidad para hablar o ver, crisis epileptoide*).

» **Es muy probable que haya síntomas** importantes de estrés agudo si la persona satisface todos los criterios siguientes:

- ♦ ha tenido una experiencia potencialmente traumática en el transcurso del **mes anterior, más o menos**
- ♦ los síntomas comenzaron después del suceso
- ♦ tiene mucha dificultad con su funcionamiento diario debido a los síntomas, o busca ayuda para aliviarlos.

Pregunta 3. ¿Está presente alguna afección concomitante?

» Investigue la presencia de cualquier **dolencia física** que pueda explicar los síntomas y trátela si la hubiera.

» Investigue la presencia de cualquier otro **trastorno mental, neurológico y por uso de sustancias (en particular la depresión)** incluido en esta guía que pueda explicar los síntomas, y trátelo si lo hubiera.

Plan de manejo básico



No recete medicamentos para los síntomas de estrés agudo (a menos que se indique lo contrario).

1. En todos los casos:

- » Brinde apoyo psicosocial básico³
 - ♦ **Escuche** atentamente. No obligue a la persona a conversar.
 - ♦ **Pregúntele** acerca de sus necesidades e inquietudes.
 - ♦ **Ayude** a la persona a atender sus necesidades básicas, acceder a los servicios y conectarse con la familia y otras fuentes de apoyo social.
 - ♦ **Proteja** a la persona contra cualquier daño (adicional).
- » Preste apoyo psicosocial complementario conforme las pautas descritas en la sección “Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social” (>> “**Principios generales de la atención**”):
 - ♦ **Atienda a los factores de estrés existentes.**
 - ♦ Refuerce el apoyo social.
 - ♦ Enseñe técnicas para el manejo del estrés.

- » **Oriente** a la persona en cuanto a las reacciones que son normales frente al duelo y al estrés agudo, explicándole, por ejemplo, que:
 - ♦ *Las personas a menudo reaccionan de esta forma después de tener experiencias de este tipo.*
 - ♦ *En la mayoría de los casos, las reacciones se harán menos intensas con el paso del tiempo.*
- » **Trate** las afecciones concomitantes.

2. Si hay un trastorno del sueño como síntoma de estrés agudo, aplique las siguientes medidas terapéuticas adicionales:

- » Explique que las personas suelen tener problemas para dormir (insomnio) después de un periodo de estrés excesivo.
- » Investigue y trate cualquier causa de insomnio de carácter ambiental (como el ruido).
- » Investigue y trate cualquier causa física de insomnio (como un dolor físico).
- » Aconseje medidas de higiene del sueño, tales como ceñirse a una rutina para el sueño (por ejemplo, irse a dormir y despertar siempre a la misma hora), evitar el consumo de café, nicotina o alcohol al final del día o antes de dormir. Haga hincapié en que el alcohol perturba el sueño.
- » A manera de excepción, en casos extremadamente graves en que no pueden llevarse a cabo o no son eficaces las intervenciones psicológicas (por ejemplo, técnicas de relajación), y en que el insomnio dificulta mucho el funcionamiento diario, puede contemplarse un tratamiento corto (de 3 a 7 días) con benzodiazepinas.
 - ♦ **Dosis:**
 - ▶ En adultos, recete 2 a 5 mg de diazepam antes de dormir.
 - ▶ En personas de edad, recete 1 a 2,5 mg de diazepam antes de dormir.
 - ▶ Descarte la posibilidad de interacciones medicamentosas antes de recetar el diazepam.
 - ▶ Entre los efectos secundarios comunes de las benzodiazepinas se encuentran la somnolencia y la debilidad muscular.
 - ▶ Advertencia: las benzodiazepinas pueden hacer más lenta la respiración. Puede ser necesario evaluar al paciente con regularidad.
 - ▶ Advertencia: las benzodiazepinas pueden causar dependencia*. Úselas como tratamiento a corto plazo, solamente.
- ♦ **Observe que:**
 - ▶ Este tratamiento es solo para adultos.
 - ▶ No recete benzodiazepinas a los niños ni a los adolescentes.
 - ▶ No recete este medicamento a mujeres embarazadas o que estén amamantando.
 - ▶ Vigile la presencia de posibles efectos secundarios cuando administre este medicamento a personas mayores.
 - ▶ Esta es una solución provisional si se trata de un trastorno del sueño extremadamente grave.
 - ▶ Las benzodiazepinas no deben usarse para tratar el insomnio provocado por el duelo en adultos ni en niños.
 - ▶ Las benzodiazepinas no deben usarse para tratar otros síntomas de estrés agudo o TEPT.

³ Al método aquí descrito se lo suele denominar primera ayuda psicológica (PAP) cuando se aplica inmediatamente después de un suceso sumamente estresante (>> *Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo*).

3. Si el niño se orina en la cama como síntoma de estrés agudo, aplique las siguientes medidas terapéuticas adicionales:

- » Investigue los antecedentes de la enuresis para confirmar que el problema comenzó **después** del suceso estresante. Descarte o trate **otras causas posibles** (por ejemplo, una infección de las vías urinarias).
- » Explique que:
 - ♦ Orinarse en la cama es una reacción **común** e inocua en los niños con estrés.
 - ♦ **No se debe castigar** a los niños por orinarse en la cama porque el castigo les genera más estrés y puede empeorar el problema. El cuidador debe evitar abochornar al niño mencionando el problema en público.
 - ♦ Los cuidadores deben mantener la calma y prestar apoyo emocional.
- » Considere la conveniencia de enseñar a los cuidadores a aplicar intervenciones conductuales sencillas (por ejemplo, premiar al niño cuando evita beber demasiados líquidos antes de acostarse, por ir al baño antes de dormir o cuando no se orine de noche). El premio puede ser cualquier cosa que le guste al niño, como más horas de juego o estrellitas para pegar en su cuaderno, u otro premio equiparable en su contexto local.

4. Si hay hiperventilación (respiración extremadamente rápida e incontrolable) como síntoma de estrés agudo, aplique las siguientes medidas terapéuticas adicionales:

- » Descarte o maneje otras causas posibles, aunque la hiperventilación haya empezado inmediatamente después de un acontecimiento estresante. Siempre realice las investigaciones médicas necesarias para detectar posibles causas físicas, como una enfermedad pulmonar.
- » Si no se detecta ninguna causa física, tranquilice a la persona explicándole que a veces se produce hiperventilación a raíz de un suceso sumamente estresante y que es poco probable que represente un problema médico serio.
- » Compórtese con calma y, si es posible, elimine las potenciales causas de ansiedad. Ayude a la persona a volver a respirar normalmente con ejercicios de respiración lenta (>> “Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social”) (no recomiende respirar dentro de una bolsa de papel).

5. Si hay un síntoma corporal de disociación (por ejemplo, parálisis sin causa médica aparente, dificultad para hablar o para ver, crisis epileptoide) por estrés agudo, aplique las siguientes medidas terapéuticas adicionales:

- » Descarte y maneje otras causas posibles, aunque los síntomas hayan empezado inmediatamente después de un acontecimiento estresante. Siempre realice las investigaciones médicas necesarias para detectar posibles causas físicas. Consulte el módulo de epilepsia para orientarse con respecto a las pruebas médicas que deben hacerse en casos de crisis epilépticas o convulsiones (EPI).
- » Reconozca el sufrimiento de la persona y mantenga una actitud respetuosa. Evite reforzar cualquier provecho que la persona pueda estar sacando de los síntomas.
- » Pídale a la persona que explique sus síntomas y guíese por las pautas para el tratamiento de síntomas somáticos sin causa médica aparente (>> OTR).
- » Tranquilice a la persona explicándole que a veces se producen estos síntomas a raíz de un suceso sumamente estresante y que es poco probable que represente un problema médico serio.
- » Considere el uso de intervenciones adaptadas al entorno cultural que no produzcan daño.

6. Pídale a la persona que regrese en 2 a 4 semanas si los síntomas no mejoran, o en cualquier momento si los síntomas empeoran.

En las emergencias humanitarias, los adultos, los adolescentes y los niños a menudo sufren pérdidas importantes. El duelo es el sufrimiento emocional que sienten las personas después de una pérdida. Aunque la mayoría de las reacciones a una pérdida remiten espontáneamente sin convertirse en trastornos mentales, las personas con síntomas intensos de duelo son más propensas a acudir a los servicios de salud en busca de atención.

Después de una pérdida, los médicos deben ser capaces de detectar lo siguiente:

» Síntomas importantes de duelo (DUE)

Al igual que en casos de estrés agudo, las personas que se encuentran en una situación de duelo pueden tener una gran variedad de problemas psicológicos inespecíficos y de trastornos físicos sin causa médica aparente. Se considera que una persona presenta síntomas importantes de duelo si estos últimos le están dificultando el desempeño cotidiano (más allá de lo esperado para el contexto cultural) o si está buscando ayuda para aliviarlos. **En el presente módulo se examinan la evaluación y el tratamiento de los síntomas importantes del duelo.**

» El trastorno por duelo prolongado

Cuando los síntomas más importantes del duelo duran mucho tiempo, las personas podrían estar desarrollando un trastorno por duelo prolongado. Aquí se incluyen un estado de preocupación intensa o sentimientos de extrema añoranza de la persona fallecida, además de un sufrimiento emocional profundo y una dificultad notable para el desempeño cotidiano durante al menos seis meses más allá de lo esperado en el contexto cultural). En estos casos, los proveedores de servicios asistenciales necesitan consultar a un especialista.

» Problemas y trastornos que suelen aparecer con más frecuencia después de una exposición a situaciones estresantes (por ejemplo, la pérdida de un ser querido), pero que bien pueden ocurrir sin ella

Entre estos se encuentran: el trastorno depresivo moderado a grave (>> DEP), la psicosis (>> PSI), el consumo nocivo de alcohol y drogas (>> ADR), la autolesión o el suicidio (>> SUI), y otros síntomas emocionales importantes (>> OTR).

» Las reacciones que no son clínicamente importantes ni requieren tratamiento médico

De todas las reacciones, estas son las más comunes. Entre ellas figuran las reacciones transitorias para las cuales las personas no buscan ayuda y que no menoscaban el funcionamiento diario más allá de lo esperado en el contexto cultural. En estos casos, el personal de salud debe estar capacitado para dar apoyo, ayudar a responder a las necesidades e inquietudes de la persona, y observar si se produce la esperada recuperación espontánea; sin embargo, tales reacciones no requieren tratamiento

Pregunta 1. ¿Ha sufrido la persona una pérdida importante últimamente?

- » Pregunte si la persona ha sufrido una **pérdida importante**. Considere plantear las siguientes preguntas:
 - ♦ *¿Cómo le ha afectado la desastre o el conflicto?*
 - ♦ *¿Ha perdido parientes o amigos? ¿Su casa? ¿Dinero? ¿Su trabajo o medio de subsistencia? ¿Su comunidad?*
 - ♦ *¿Cómo le ha afectado la pérdida?*
 - ♦ *¿Han desaparecido algunos parientes o amigos?*
- » Pregunte **cuánto tiempo** ha transcurrido desde el suceso.

- » Pase a la pregunta 2 si la persona ha sufrido una pérdida importante en los **últimos seis meses**.
- » Si hubo una pérdida importante hace más de seis meses o una experiencia potencialmente traumática hace más de un mes, sospeche más bien otros trastornos examinados en esta guía (>> **DEP, TEPT, PSI, SUB**) o un trastorno por duelo prolongado.

Pregunta 2. Si ha sufrido una gran pérdida en los seis últimos meses,⁴ ¿tiene síntomas importantes de duelo?

- » Compruebe si hay:
 - ♦ tristeza, ansiedad, enojo, desesperación
 - ♦ aflicción y preocupación por la pérdida
 - ♦ recuerdos intrusivos *, imágenes de la persona difunta y pensamientos asociados con ella
 - ♦ pérdida del apetito
 - ♦ pérdida de energía
 - ♦ trastornos del sueño
 - ♦ falta de concentración
 - ♦ aislamiento social y retraimiento
 - ♦ dolencias físicas sin causa médica aparente (por ejemplo, palpitaciones, dolores de cabeza, dolores y molestias generalizados)
 - ♦ reacciones de duelo que son las normales en el entorno cultural (por ejemplo, oír la voz de la persona difunta, o verla en sueños).

- » Es probable que haya **síntomas importantes de duelo** si se cumplen todos los criterios que siguen:
 - ♦ una o más pérdidas en los últimos seis meses aproximadamente
 - ♦ cualquiera de los síntomas anteriores, si comenzaron después de la pérdida
 - ♦ dificultad notable con el funcionamiento diario a causa de los síntomas (más allá de lo esperado en el contexto cultural) o búsqueda de ayuda para aliviarlos.

Pregunta 3: ¿Está presente alguna condición concomitante?

- » Investigue la presencia de cualquier **condición física** que pueda explicar los síntomas, y trátela si la hubiera.

- » Investigue la presencia de **cualquier otro trastorno mental, neurológico y por uso de sustancias (en particular la depresión)** examinado en esta guía que pueda explicar los síntomas, y trátelo si lo hubiera .

⁴ Este periodo puede durar más de seis meses en contextos culturales donde eso es lo esperado.

Plan de manejo básico



No recete medicamentos para tratar los síntomas de duelo.

1. Brinde apoyo psicosocial básico⁵

- » **Escuche** atentamente. No obligue a la persona a conversar.
- » **Pregúntele** acerca de sus necesidades e inquietudes.
- » **Ayúdela** a ocuparse de sus necesidades básicas, a obtener acceso a los servicios y a conectarse con su familia y otras fuentes de apoyo social.
- » **Proteja** a la persona contra cualquier daño (adicional).

2. Preste apoyo psicosocial adicional conforme las pautas descritas en la sección “Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social” (>> “Principios generales de la atención”)

- » Preste atención a los factores de estrés **psicosociales** existentes.
- » Refuerce el apoyo social.
- » Enseñe técnicas para el manejo del estrés.

3. Oriente a la persona en cuanto a las reacciones que son comunes después de una pérdida, explicando que:

- » *Las personas pueden reaccionar de diferentes maneras después de una pérdida importante. Algunas muestran emociones fuertes mientras que otras no.*
- » *Llorar no significa que una persona sea débil.*
- » *Puede ocurrir que las personas que no lloran sientan un dolor emocional tan fuerte como las que sí lo hacen, pero que tengan formas de expresarlo diferentes.*
- » *Es posible que usted piense que el dolor y la tristeza que está sintiendo nunca desaparecerán, pero en la mayoría de los casos estos sentimientos se atenúan con el tiempo.*
- » *A veces una persona se siente bien por un tiempo, hasta que algo le hace recordar la pérdida y se vuelve a sentir tan mal como al principio. Esto es normal y, también, estas experiencias se tornan menos intensas y menos frecuentes conforme pasa el tiempo.*
- » *No hay ninguna manera buena o mala de sentir el duelo. Puede ser que a veces esté usted muy triste y que en otros momentos se pueda divertir. No se critique por sentirse así en este momento.*

4. Trate las condiciones concomitantes

5. Examine junto con la persona los procesos de ajuste o de luto* que son normales en su cultura, y apóyelos

- » Pregunte si se han celebrado o planeado ceremonias o ritos apropiados de luto. Si no es así, examinen juntos los impedimentos y cómo se pueden superar.
- » Averigüe qué ha sucedido con el cuerpo. Si no ha sido hallado, ayude a buscarlo e identificarlo.
- » Si no aparece, consideren juntos de qué otro modo mantener viva su memoria, por ejemplo colocando un elemento recordatorio.

⁵ Al método aquí descrito se lo suele denominar primera ayuda psicológica (PAP) cuando se aplica inmediatamente después de un suceso sumamente estresante (>> *Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo*).

6. Si es factible y apropiado culturalmente, anime a la persona a retomar sus actividades previas normales (por ejemplo, en la escuela o el trabajo, en la casa o en lo social).

7. Para obtener mayor información acerca del tratamiento específico de los trastornos del sueño, la enuresis nocturna*, la hiperventilación y los síntomas de disociación después de una pérdida reciente, consulte las secciones pertinentes del módulo sobre el estrés agudo (>> EAG).

8. Si la persona es un niño pequeño:

» Responda a las preguntas del niño mediante explicaciones claras y sinceras, que sean apropiadas para su nivel de desarrollo. No le mienta cuando él pregunte por la ausencia de algún ser querido (por ejemplo, *¿Dónde está mi mamá?*). Si le miente, provocará confusión, y puede menoscabar la confianza del niño en usted.

» Compruebe la eventual presencia de "pensamiento mágico" y rectifíquela. Suele observarse en los niños pequeños, quienes pueden pensar, por ejemplo, que son los culpables de la pérdida, o que su ser querido murió porque se portaron mal o lo hicieron enojar.

9. En el caso de niños, adolescentes y otras personas vulnerables que han perdido a sus padres o a otro cuidador, ocúpese de la protección que necesitan y asegúrese de que reciban cuidado constante y apoyo, en especial soporte social y emocional.

» De ser necesario, ponga a la persona en contacto con organismos o redes de protección fiables.

10. Si se sospecha la presencia de un trastorno por duelo prolongado, consulte a un especialista para que lleve a cabo la evaluación y tratamiento adicionales.

» Es posible que la persona tenga un trastorno por duelo prolongado si sus síntomas se manifiestan por un estado de preocupación grave o sentimientos de extrema añoranza del ser querido, además de un sufrimiento intenso y una enorme dificultad para el desempeño cotidiano durante al menos seis meses.⁶

11. Pídale a la persona que regrese en 2 a 4 semanas si los síntomas no mejoran o en cualquier momento si empeoran.

⁶ Este periodo puede durar más de seis meses en entornos culturales donde lo normal es que así sea.

Trastorno depresivo Moderado a Grave

DEP

Un trastorno depresivo moderado a grave puede presentarse en adultos, adolescentes y niños que no han estado expuestos a ningún factor estresante en particular. En cualquier comunidad habrá personas que sufren un trastorno depresivo moderado a grave. Sin embargo, las pérdidas y el estrés intenso provocados por las emergencias humanitarias pueden desencadenar sentimientos de aflicción, miedo, culpa, vergüenza y desesperanza, lo cual aumenta el riesgo de padecer un trastorno depresivo moderado a grave. No obstante, estas emociones también pueden ser reacciones normales frente a una experiencia adversa reciente.

El tratamiento de un trastorno depresivo moderado a grave debería ser considerado solo si la persona tiene síntomas que duran varias semanas y, como resultado, se le dificultan mucho sus actividades diarias.

Motivos de consulta característicos de un trastorno depresivo moderado a grave:

Poca energía, cansancio excesivo, trastornos del sueño.

Diversos síntomas físicos persistentes de origen indefinido (dolores y molestias vagas, por ejemplo).

Tristeza o estado de ánimo depresivo persistente, ansiedad.

Poco interés en las actividades o incapacidad para disfrutarlas.

Pregunta 1. ¿Padece la persona un trastorno depresivo moderado a grave?

- ♦ Evalúe lo siguiente:⁷

A. La persona ha tenido al menos uno de los siguientes síntomas centrales de un trastorno depresivo por un mínimo de dos semanas:

- ♦ **Estado de ánimo deprimido persistente.**
 - ▶ En niños y adolescentes: irritabilidad o estado anímico deprimido.
- ♦ **Interés muy disminuido en las actividades o incapacidad para disfrutarlas**, incluso aquellas de las que antes disfrutaba.
 - ▶ En esto último se incluye la disminución del deseo sexual.

B. La persona ha tenido, de manera marcada, al menos varios de los siguientes síntomas adicionales de un trastorno depresivo (o, en menor grado, muchos de los síntomas enumerados) por un mínimo de dos semanas:

- ♦ **Perturbaciones del sueño o tendencia a dormir demasiado.**
- ♦ **Cambio importante del apetito o del peso** (disminución o aumento).
- ♦ **Sensación de no valer nada o sentimientos de culpa excesiva.**
- ♦ **Cansancio excesivo o pérdida de la energía.**
- ♦ **Dificultad para concentrarse** y mantenerse enfocado en los quehaceres.

- ♦ Indecisión.
- ♦ Agitación o inquietud corporal observable.
- ♦ Mayor lentitud de la habitual para hablar y moverse.
- ♦ Sensación de desesperanza con respecto al porvenir.
- ♦ Pensamientos o actos suicidas.

C. La persona tiene mucha dificultad con el funcionamiento diario en las esferas personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras.

- » Si A, B y C –los tres– están presentes por un mínimo de dos semanas, es probable que haya un trastorno depresivo moderado a grave.
 - ▶ Puede que haya ideas delirantes o alucinaciones*. Compruebe su presencia. Si las hubiera, es preciso adaptar el tratamiento del trastorno depresivo. Consulte a un especialista.
- » Si los síntomas de la persona no satisfacen los criterios de un trastorno depresivo moderado a grave, consulte el módulo de >> OTR para ver cómo evaluar y tratar las quejas o manifestaciones actuales.

Pregunta 2. ¿Tienen los síntomas otras explicaciones posibles (fuera de un trastorno depresivo moderado a grave)?

» Descarte la presencia de afecciones físicas concomitantes que puedan parecerse a un trastorno depresivo.

- ♦ Descartar o tratar la anemia, la desnutrición, el hipotiroidismo*, el accidente cerebrovascular y los efectos secundarios de los medicamentos (por ejemplo, cambios en el estado de ánimo por efecto de los esteroides*).

» Descarte la presencia de un antecedente de episodios maníacos.

- ♦ Comprobar si alguna vez hubo un periodo en que se presentaron **simultáneamente** varios de los siguientes síntomas:
 - ▶ poca necesidad de sueño;
 - ▶ estado de ánimo eufórico, expansivo o irritable;
 - ▶ pensamientos acelerados; distracción fácil;
 - ▶ actividad aumentada, sensación de mayor energía o un hablar rápido;
 - ▶ comportamientos impulsivos o imprudentes, como hacer apuestas o gastar en exceso, y tomar decisiones importantes sin suficiente planificación;
 - ▶ autoestima excesiva sin base en la realidad.
- ♦ Evalúe en qué medida los síntomas alteraron el funcionamiento o pusieron en peligro a la persona o a los demás. Por ejemplo:
 - ▶ ¿Fue su exceso de actividad un problema para usted o su familia? ¿Alguien trató de internarlo o recluirlo en esa época debido a su comportamiento?

- ♦ Hay antecedentes de episodios maníacos si se cumplen los dos criterios siguientes:
 - ▶ Varios de los seis síntomas anteriores estuvieron presentes por más de una semana.
 - ▶ Los síntomas dificultaron mucho el funcionamiento diario o pusieron en peligro a la persona o a los demás.
- ♦ Si en algún momento hubo un episodio maníaco, es muy probable que la depresión forme parte de otro cuadro conocido por **trastorno bipolar*** y requiera un tratamiento diferente (>> recuadro DEP 2 al final de este módulo).

» Descarte las reacciones normales a una pérdida importante (por ejemplo, la pérdida de un ser querido, el desplazamiento) (>> DUE).

- ♦ Es más probable que se trate de una reacción normal a una pérdida importante si:
 - ▶ Hay **mejoramiento notable con el transcurso del tiempo sin intervención clínica**
 - ▶ **Ninguno de los siguientes síntomas está presente:**
 - sensación de no valer nada;
 - ideas suicidas;
 - habla o movimiento más lentos de lo habitual;
 - síntomas psicóticos (ideas delirantes o alucinaciones).
 - ▶ **No hay antecedentes de un trastorno depresivo o episodio maníaco**
 - ▶ **Los síntomas no dificultan mucho el desenvolvimiento cotidiano.**

⁷ Esta descripción de un síndrome depresivo moderado a grave concuerda con la de la nueva CIE-11.

- Excepción: el deterioro de la actividad cotidiana puede ser considerado parte de una respuesta normal al duelo en ciertas culturas .

» **Descarte el trastorno por duelo prolongado.** Los síntomas incluyen un estado de preocupación profunda y sentimientos de extrema añoranza del ser

querido, además de un sufrimiento intenso y enorme dificultad para el desempeño cotidiano durante, al menos, seis meses (y por un periodo mucho más largo de lo esperado en ese medio cultural). Consulte a un especialista si se sospecha la presencia de este trastorno.

Pregunta 3. ¿Está presente alguna afección concomitante de carácter mental, neurológico y por uso de sustancias que requiera tratamiento?

» Compruebe la **presencia de pensamientos o planes de autolesión o suicidio (>> SUI).**

» Compruebe si hay un consumo nocivo de alcohol o drogas (>> **ADR**).

» Si se detecta una afección concomitante de este tipo, trátela al mismo tiempo que el trastorno depresivo moderado a grave.

Plan de manejo básico



Intervenciones psicosociales

1. Brinde orientación psicológica

- » Mensajes fundamentales para la persona y los cuidadores:
 - ♦ La depresión es un trastorno muy común que puede afectar a cualquiera.
 - ♦ La presencia de depresión no significa que la persona sea débil o perezosa.
 - ♦ Las actitudes negativas de los demás (por ejemplo, “Tiene que ser más fuerte”, “Recobre la compostura”) pueden relacionarse con el hecho de que la depresión no es una afección visible (a diferencia de una fractura o una herida), y con la idea equivocada de que las personas pueden controlar su depresión fácilmente por pura fuerza de voluntad.
 - ♦ Las personas con depresión suelen tener opiniones negativas acerca de sí mismas, su vida y su futuro, que no corresponden a la realidad. Es posible que su situación del momento sea muy difícil, pero la depresión puede llevar a pensamientos infundados de desesperanza e inutilidad. Es posible que estos pensamientos mejoren una vez que se alivia la depresión.
- ♦ Aunque sea difícil, la persona debe tratar de hacer, de la siguiente lista, todo lo que pueda, ya que todas son cosas que pueden ayudar a mejorar el estado de ánimo:
 - ▶ Continuar con las actividades que siempre le han dado placer, o retomarlas.
 - ▶ Tratar de observar un horario fijo para dormir y despertar.
 - ▶ Tratar de mantenerse tan activo físicamente como sea posible.
 - ▶ Tratar de comer a horas fijas pese a las fluctuaciones en el apetito.
 - ▶ Tratar de pasar tiempo con amigos y familiares de confianza.
 - ▶ Tratar de participar en actividades comunitarias y de otro tipo todo lo que pueda.
- ♦ La persona debe ser consciente de sus pensamientos autoagresivos o suicidas. Si los advierte, no debe dejarse llevar por ellos, sino tratar de compartirlos con una persona de confianza y regresar a pedir ayuda de inmediato.

2. Proporcione apoyo psicosocial conforme las pautas descritas en la sección “Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social” (>> “Principios generales de la atención”)

- » Atienda a los factores estresantes existentes.
- » Enseñe técnicas para el manejo del estrés.
- » Fortalezca el apoyo social.
 - ♦ Procure reactivar las redes sociales que tenía la persona anteriormente. Identifique las actividades sociales previas que, si se reanudaran, podrían ser fuentes de apoyo psicosocial directo o indirecto (por ejemplo, reuniones familiares, visitas a vecinos, actividades comunitarias).

3. Si se cuenta con terapeutas capacitados y supervisados, considere alentar a las personas con depresión moderada a grave a someterse a una de las siguientes terapias psicológicas breves, siempre que se pueda:

- » Orientación para la resolución de problemas*
- » terapia conductual cognoscitiva* (TCC)
- » terapia interpersonal* (TIP)
- » activación conductual*.

Hay cada vez más pruebas de que los tratamientos psicológicos breves para la depresión pueden ser administrados por trabajadores comunitarios o legos capacitados y bajo supervisión.



Intervenciones farmacológicas

1. Considere la conveniencia de recetar antidepresivos

- » **En niños menores de 12 años:**
 - ♦ No recete antidepresivos.
- » **En adolescentes de 12 a 18 años de edad:**
 - ♦ No recete antidepresivos como tratamiento de primera línea. Primero pruebe con intervenciones psicosociales.
- » **En adultos:**
 - ♦ Si la persona tiene una **afección física concomitante** semejante a un trastorno depresivo (>> **Pregunta 2**), siempre trate primero esa otra afección. Considere la posibilidad de recetar antidepresivos si el trastorno depresivo no mejora después de que ha tratado las afecciones físicas concomitantes.
 - ♦ Si sospecha que los síntomas son una **reacción normal a una pérdida importante** (>> **Pregunta 2**), no recete antidepresivos.
 - ♦ Hable del asunto con la persona y juntos decidan si hay que recetar antidepresivos o no. Explique que:
 - ▶ Los antidepresivos no son adictivos.
 - ▶ Es muy importante tomar la medicina diariamente según lo prescrito.
 - ▶ Puede que haya algunos efectos secundarios (>> **cuadro DEP 1**) en los primeros días, pero estos suelen desaparecer .
 - ▶ Por lo general tienen que pasar varias semanas para que empiece a notarse cualquier mejora en el estado de ánimo, el grado de interés o la energía.
 - ♦ Los antidepresivos normalmente se tienen que continuar por un mínimo de 9 a 12 meses después de que la persona ya se siente bien.
 - ♦ Los medicamentos no deben suspenderse solo porque la persona ya siente cierto alivio (no es lo mismo que tomar un analgésico para el dolor de cabeza). Explíquelo cuál es el periodo de tiempo recomendado para la medicación.

2. Si decide recetar antidepresivos, elija el apropiado (>> cuadro DEP 1)

- » Elija el antidepresivo de acuerdo a la edad de la persona, sus otros problemas médicos y los efectos secundarios conocidos del medicamento (>> **cuadro DEP 1**).
- » **En adolescentes de 12 años de edad o mayores:**
 - ♦ Considere la conveniencia de recetar **fluoxetina** (pero ningún otro inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina - ISRS) o un antidepresivo tricíclico (AT) únicamente si los síntomas persisten o empeoran a pesar de las intervenciones psicosociales.
- » **En mujeres embarazadas o que amamantan:**
 - ♦ Evite recetar antidepresivos si es posible. Considere recetarlos a la dosis más baja que sea eficaz si no hay respuesta alguna a las intervenciones psicosociales. Si la mujer está amamantando, evite la fluoxetina. De ser posible, consulte a un especialista.
- » **En personas de edad:**
 - ♦ Evite la amitriptilina, si es posible.
- » **En personas con enfermedades cardiovasculares:**
 - ♦ No recete amitriptilina.
- » **En adultos con pensamientos suicidas o la intención de suicidarse:**
 - ♦ La **fluoxetina** es el medicamento de primera elección. Si hay un riesgo inminente de autolesión o suicidio (>> **SUI**), solo proporcione una cantidad pequeña de antidepresivos (por ejemplo, suficiente para una semana). Pídales a quienes se ocupan de la persona que guarden los medicamentos y controlen su cantidad con regularidad a fin de prevenir una sobredosis medicamentosa.

Cuadro DEP 1. Los antidepresivos

Medicamento	Amitriptilina ^a (un AT ^b)	Fluoxetina (un ISRS ^c)
Dosis inicial para adultos	25 a 50 mg a la hora de acostarse	10 mg una vez al día. Aumente a 20 mg después de una semana
Dosis inicial para adolescentes	No corresponde (no recete AT a los adolescentes)	10 mg una vez al día
Dosis inicial para personas de edad avanzada y personas enfermas	25 mg a la hora de acostarse	10 mg una vez al día
Aumento de la dosis en adultos	Aumente 25 a 50 mg por semana	Si no ha habido respuesta a las seis semanas, aumente a 40 mg una vez al día
Dosis eficaz en adultos	100 a 150 mg (dosis máxima, 300 mg) ^d	20 a 40 mg (dosis máxima, 80 mg)
Dosis eficaz en adolescentes, personas de edad avanzada y personas enfermas	50 a 75 mg (dosis máxima, 100 mg) No se lo recete a adolescentes	20 mg (max. dose 40 mg)
Efectos secundarios graves pero poco frecuentes	Arritmia cardíaca	Acatisia* prolongada Trastornos de la coagulación en usuarios de aspirina u otros antiinflamatorios no esteroideos* Ideas de autolesión (especialmente en adolescentes y adultos jóvenes)
Efectos secundarios frecuentes	Hipotensión ortostática (riesgo de caída), resequedad de la boca, estreñimiento, dificultad para orinar, mareo, visión borrosa y efecto sedante	Cefalea, inquietud, nerviosismo, trastornos del aparato digestivo, disfunción sexual reversible
Advertencia	Suspéndala de inmediato si la persona sufre un episodio maniaco	Suspéndala de inmediato si la persona sufre un episodio maniaco

^a Está incluida en el Botiquín Médico Interinstitucional de Emergencia (OMS, 2011).

^b AT: antidepresivo tricíclico.

^c ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.

^d Dosis eficaz mínima en adultos: 75 mg (se puede observar un efecto sedante a dosis más bajas).

3. Seguimiento

» **Haga seguimientos periódicos.**

- ♦ Programe y lleve a cabo con regularidad sesiones de seguimiento según lo indicado en la sección “Principios del tratamiento” (>> “Principios generales de la atención”).
 - ♦ Programe la segunda cita en una semana a más tardar, y las citas posteriores dependiendo de la evolución del trastorno.
- » Vigile la respuesta a los antidepresivos.
- ♦ Pueden transcurrir varias semanas antes de que los antidepresivos empiecen a tener efecto. Vigile la respuesta cuidadosamente antes de aumentar la dosis.

- ♦ Si se manifiestan los síntomas de un **episodio maniaco** (>> **Pregunta 2**), suspenda el medicamento de inmediato y consulte el módulo >> PSI para el manejo del episodio maniaco.
- ♦ Considere la posibilidad de retirar progresivamente el medicamento 9 a 12 meses después de la remisión de los síntomas. Reduzca la dosis gradualmente a lo largo de cuatro semanas como mínimo.

Recuadro DEP 2. Tratamiento médico de un episodio depresivo en una persona con trastorno bipolar



Nunca recete antidepresivos a personas con trastorno bipolar sin acompañarlos de un estabilizador del estado de ánimo, porque los antidepresivos pueden provocar un episodio maníaco.

Si la persona ha tenido ya un episodio maníaco:

- » Consulte a un especialista.
- » Si ningún especialista se encuentra inmediatamente disponible, recete un antidepresivo en combinación con un estabilizador del estado de ánimo como la **carbamazepina o el valproato (>> cuadro DEP 2)**.
 - ♦ **Inicie el medicamento a una dosis baja. Auméntela gradualmente en el transcurso de las semanas siguientes.**
 - ▶ Si es posible, evite recetar carbamazepina y valproato a mujeres embarazadas o que aspiran a quedar embarazadas, debido al riesgo potencial para el feto. La decisión de comenzar a administrar estabilizadores del estado de ánimo en una embarazada debe ser examinada por usted y ella juntos. Deberán tenerse en cuenta la gravedad y frecuencia de los episodios maníacos y depresivos.
 - ♦ Consulte a un especialista acerca del tratamiento sostenido del trastorno bipolar.
- » Dígale a la persona y a los cuidadores que suspendan el antidepresivo de inmediato y vuelvan a consultar si se presentan los síntomas de un episodio maníaco.

Cuadro DEP 2. Estabilizadores del estado de ánimo para el trastorno bipolar

Medicamento	Carbamazepina	Valproato
Dosis inicial	200 mg al día	400 mg al día
Dosis eficaz característica	400 a 600 mg al día (dosis máxima, 1400 mg al día)	1000 a 2000 mg al día (dosis máxima, 2500 mg al día)
Dosificación	Dos veces al día, vía oral	Dos veces al día, vía oral
Efectos secundarios poco frecuentes pero graves	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Erupciones cutáneas graves (síndrome de Stevens-Johnson*, necrólisis epidérmica tóxica*) ♦ Depresión de la médula ósea* 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Somnolencia ♦ Confusión
Efectos secundarios comunes	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Somnolencia ♦ Dificultad para caminar ♦ Náuseas 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Letargo ♦ Sedación ♦ Temblor ♦ Náuseas, diarrea ♦ Aumento de peso ♦ Caída transitoria del cabello (normalmente vuelve a crecer en menos de 6 meses) ♦ Deterioro de la función hepática

Trastorno por Estrés Postraumático

TEPT

Como se señala en el módulo sobre el estrés agudo (EAG), los adultos, adolescentes y niños suelen tener una amplia variedad de reacciones o síntomas psicológicos después de haber sufrido estrés extremo durante las emergencias humanitarias. En la mayoría de las personas, estos síntomas son pasajeros.

Cuando un conjunto específico de síntomas característicos (sensación de estar reviviendo la mala experiencia, evitación, y sentimiento exagerado de amenaza permanente) dura más de un mes después de un suceso potencialmente traumático*, la persona podría haber desarrollado un trastorno por estrés postraumático (TEPT).

A pesar de su nombre, el TEPT no es necesariamente el único trastorno que se presenta –ni el más importante– después de una exposición a experiencias potencialmente traumáticas. Tales experiencias también pueden desencadenar muchos de los otros trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias que se describen en esta guía.

Motivos de consulta característicos en casos de TEPT

Puede ser difícil distinguir entre las personas con TEPT y las que sufren otros problemas porque al principio sus síntomas pueden ser inespecíficos, como los siguientes:

- » trastornos del sueño (por ejemplo, insomnio);
- » irritabilidad, ansiedad o ánimo decaído persistentes ;
- » diversos síntomas físicos de larga duración sin causa física aparente (por ejemplo, dolores de cabeza, palpitaciones intensas).

Sin embargo, al hacérseles más preguntas, pueden revelar que están padeciendo los síntomas típicos de un TEPT.

Pregunta 1. ¿Tuvo la persona alguna experiencia potencialmente traumática hace más de un mes?

- » Pregunte si la persona ha tenido una experiencia potencialmente traumática. Esto se refiere a cualquier experiencia amenazante o aterradora, como la de ser víctima de violencia física o sexual (en particular la violencia doméstica), presenciar actos atroces, ver destruir su casa o sufrir un accidente o traumatismo grave. Considere la conveniencia de plantear las siguientes preguntas:
 - ♦ *¿Cómo se ha visto afectado por el desastre o conflicto? ¿Ha estado en peligro su vida? ¿Ha pasado, sea en su casa o en la comunidad, por algo aterrador o espantoso o que le haya hecho sentirse muy mal?*
- » Si la persona ha tenido una experiencia potencialmente traumática, pregúntele cuándo ocurrió.

Pregunta 2. Si un suceso potencialmente traumático ocurrió hace más de un mes, ¿padece la persona un TEPT?⁸

- » Comprobar si hay:
 - ♦ **Repetición de los síntomas.** Esto se refiere a rememoraciones recurrentes e indeseadas del suceso que se sienten como si este estuviera volviendo a ocurrir (por ejemplo, en pesadillas, escenas retrospectivas* o recuerdos intrusivos * acompañados de mucho miedo o terror).
 - En los niños esto puede manifestarse mediante la recreación repetida del suceso en juegos o dibujos. Los niños más pequeños pueden tener sueños atemorizantes sin un contenido claro.
 - ♦ **Síntomas de negación.** Consisten en la represión deliberada de los pensamientos, recuerdos, actividades o situaciones que le despiertan a la persona el recuerdo del suceso (por ejemplo, evitar hablar de temas que le recuerdan la experiencia o evitar regresar a los lugares donde esta tuvo lugar).
- ♦ Síntomas relacionados con una sensación exagerada de estar en peligro (conocidos a menudo como “síntomas de hiperalerta”). Se caracterizan por un exceso de preocupación y atención al peligro, o reacción desproporcionada frente a los ruidos o movimiento inesperado (por ejemplo, brincar del susto o mostrarse tenso o irritado frente a estímulos mínimos).
- ♦ Dificultad notable con el funcionamiento diario.
- » Si todo lo anterior todavía está presente aproximadamente un mes después del suceso, es muy probable que haya TEPT.

Pregunta 3. ¿Está presente alguna afección concomitante?

- » Compruebe si hay alguna afección física concomitante que pueda explicar los síntomas y trátela.
- » Compruebe si hay otros de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias incluidos en esta guía, y trátelos.

⁸ La descripción del TEPT concuerda con la propuesta en la nueva CIE-11 para el TEPT, con una única diferencia: esta permite un plazo de un mes (es decir, varias semanas) después del suceso para clasificar el trastorno como TEPT. Lo propuesto en dicha versión no abarca los síntomas inespecíficos del TEPT, tales como la sensación de anestesia emocional y la agitación.

Plan de manejo básico

1. Proporcione información sobre el TEPT

- » Explique que:
 - ♦ Con el tiempo muchas personas se recuperan del TEPT sin ningún tratamiento, mientras que otras sí lo necesitan.
 - ♦ Las personas con TEPT son propensas a los recuerdos indeseados de la experiencia traumática. Cuando este es el caso, pueden sentir emociones –miedo o terror, por ejemplo– semejantes a las que sintieron mientras ocurría el suceso. También pueden tener pesadillas.
 - ♦ Las personas con TEPT a menudo se siguen sintiendo en peligro y pueden estar sumamente tensas. Se asustan fácilmente o están constantemente alertas al peligro.
 - ♦ Las personas con TEPT tratan de evitar cualquier recordatorio del suceso traumático. La evasión que esto entraña puede ocasionarles problemas en la vida.
 - ♦ (Si corresponde), las personas con TEPT pueden tener, en ocasiones, otros problemas físicos y mentales, todo tipo de dolores, falta de energía, cansancio, irritabilidad y ánimo deprimido.
- » Aconsejele a la persona que:
 - ♦ **Mantenga su rutina normal cotidiana** hasta donde sea posible.
 - ♦ **Converse con personas de confianza** acerca de lo que pasó y cómo se siente, pero solamente cuando esté lista para hacerlo.
 - ♦ **Participe en actividades relajantes** para mitigar la ansiedad y la tensión.
 - ♦ **Evite consumir bebidas alcohólicas o estupefacientes** para tratar de sobrellevar los síntomas del TEPT.

2. Preste apoyo psicosocial conforme las pautas descritas en la sección “Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social” (>> “Principios generales de la atención”)

- » Atienda a los factores psicosociales de estrés existentes.
 - ♦ Si la persona es víctima de graves violaciones de los derechos humanos, hable con ella acerca de su posible remisión a un organismo respetable de protección social o de derechos humanos.
- » Refuerce las fuentes de apoyo social.
- » Enseñe técnicas para el manejo del estrés.

3. Si hay psicoterapeutas capacitados y supervisados al alcance, considere la remisión a:

- » Psicoterapia conductual cognoscitiva para el trauma*.
- » Desensibilización mediante movimientos oculares rápidos y reprocesamiento (DMOR)*.

4. En adultos, considere la conveniencia de recetar antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o antidepresivos tricíclicos) cuando la psicoterapia conductual cognoscitiva, la DMOR o las técnicas de manejo del estrés no surtan efecto o no estén al alcance

- » Consulte el módulo sobre la depresión moderada a grave para obtener información más detallada acerca de la prescripción de antidepresivos (>> DEP).
- » **No recete** antidepresivos para tratar el TEPT en niños o adolescentes.

5. Seguimiento

- » Programe y lleve a cabo sesiones de seguimiento periódicas según lo indicado en la sección “Principios del tratamiento” (>> “Principios generales de la atención”).
- » Programe la segunda cita en dos a cuatro semanas, y las citas posteriores según como vaya evolucionando el trastorno.

Los adultos y adolescentes con psicosis pueden tener firmes creencias y experiencias que no *son reales*. Por lo general, sus creencias y experiencias son anormales a ojos de la comunidad. Las personas con psicosis a menudo ignoran que tienen un trastorno psiquiátrico. Es frecuente que sean incapaces de funcionar normalmente en muchos ámbitos de su vida.

Durante las emergencias humanitarias puede haber tensiones y miedo extremos, una desintegración de las fuentes de apoyo social y una interrupción de los servicios de salud y del suministro de medicamentos. Estos cambios pueden llevar a una psicosis aguda o exacerbar los síntomas de psicosis que ya están presentes. Durante las emergencias, las personas con psicosis son sumamente vulnerables a diversas violaciones de sus derechos humanos, tales como negligencia, abandono, falta de techo, maltrato y estigmatización social.

Manifestaciones típicas de posible psicosis

Comportamiento anormal (por ejemplo, aspecto extraño o descuido en su persona, habla incoherente, comportamiento desorganizado, desplazamientos sin rumbo fijo, refunfuñar o reír a solas. í)

Creencias extrañas

Oír voces o ver cosas inexistentes

Susplicacia exacerbada

Desinterés por estar o hablar con otras personas; falta de interés y motivación para realizar las tareas cotidianas y para trabajar.

Pregunta 1. ¿Padece psicosis la persona?

- » Observe que aunque las personas con psicosis pueden tener pensamientos, creencias o una forma de hablar anormales, ello no significa que todo lo que dicen sea disparatado o imaginario. Saber escuchar atentamente es la clave de la evaluación de la psicosis. Pueden necesitarse varias consultas para lograr una evaluación completa. Los cuidadores suelen ser una fuente valiosa de información.
- » Evaluar si presentan:
 - ♦ **Ideas delirantes** (creencias o sospechas infundadas y firmemente arraigadas, a las que la persona se aferra aunque existan pruebas de que son falsas).
 - Consejo: indague más a fondo qué quiere decir la persona y escúchela con atención.
 - ♦ **Alucinaciones*** (oír, ver o sentir cosas inexistentes).
 - *¿Oye o ve cosas que otros no pueden oír ni ver?*
 - ♦ **Pensamientos desorganizados**, con saltos de un tema a otro sin conexión lógica; habla difícil de seguir.
- ♦ Experiencias extrañas, tales como la creencia de que **otros le inducen pensamientos en la mente, o que se los roban**, o que **sus pensamientos están siendo transmitidos a otras personas**.
- ♦ **Comportamiento anormal**, como una actividad extraña, excéntrica, sin finalidad y frenética, o una postura corporal anormal, o dejar de moverse por completo.
- ♦ **Síntomas crónicos que implican una pérdida del funcionamiento normal**, a saber:
 - falta de energía o motivación para hacer las tareas cotidianas y trabajar
 - apatía y retraimiento social
 - descuido o abandono del cuidado personal
 - falta de emoción y expresividad.
- » Es probable que haya **psicosis** si varios síntomas están presentes. Siempre investigue si hay **riesgo inminente de suicidio** (>> SUI), o daño por parte de la persona hacia los demás o de los demás hacia ella.

Pregunta 2. ¿Tienen los síntomas psicóticos causas físicas agudas que puedan tratarse?

- » Descarte la presencia de **ideas delirantes** provocadas por causas físicas agudas tales como traumatismos craneoencefálicos, infecciones (por ejemplo, paludismo cerebral, septicemia* o urosepticemia*), deshidratación y anomalías metabólicas (por ejemplo, hipoglucemia*, hiponatremia*).
- » Descarte la **presencia de efectos secundarios de origen medicamentoso** (por ejemplo, los de ciertos medicamentos antipalúdicos).
- » Descarte la presencia de **embriaguez o intoxicación por uso de sustancias psicoactivas** o de un **síndrome de abstinencia (SUB)**.
 - ♦ Pregunte acerca del consumo de alcohol, sedantes u otras drogas.
 - ♦ Intente detectar el olor a alcohol.

Pregunta 3. ¿Se trata de un episodio maníaco?

- » Descarte la presencia de un estado maníaco. Compruebe si hay:
 - ♦ poca necesidad de sueño;
 - ♦ estado de ánimo eufórico, expansivo o irritable;
 - ♦ pensamientos acelerados; distracción fácil;
 - ♦ actividad y energía excesiva o un hablar acelerado;
 - ♦ comportamientos impulsivos o imprudentes, como hacer apuestas o gastar en exceso, y tomar decisiones importantes sin suficiente planificación;
 - ♦ autoestima excesiva sin base en la realidad.
- » Es probable que haya un **episodio maníaco** si varios de estos síntomas están presentes por más de una semana y si los síntomas dificultan mucho el funcionamiento diario o la persona no puede ser seguramente tratada en su casa.

Plan de manejo básico



A. Intervenciones farmacológicas

1. Para la psicosis sin causas físicas agudas

» Inicie el tratamiento con un antipsicótico oral.

Considere la administración del fármaco por vía intramuscular únicamente cuando no se pueda utilizar la vía oral. Verifique si la persona ya ha recibido antes un antipsicótico que haya ayudado a controlar los síntomas. En caso afirmativo, reanude el medicamento en la misma dosis. Si el medicamento no está al alcance, inicie un nuevo tratamiento. La participación de un cuidador o trabajador de salud que guarde y dispense el medicamento será esencial al inicio del tratamiento para lograr que este se cumpla de manera segura.

- ♦ Recete un solo antipsicótico a la vez (por ejemplo, haloperidol >> cuadro PSI 1).
- ♦ Comience con una dosis baja y auméntela gradualmente: empiece con la dosis terapéutica más baja y auméntela poco a poco para lograr el efecto deseado a la dosis mínima que resulte eficaz.
- ♦ Pruebe el medicamento durante un tiempo suficiente y en la dosis eficaz habitual antes de considerarlo ineficaz (es decir, por lo menos 4 a 6 semanas) (>> cuadro PSI 1).
 - Use la dosis oral más baja que sea eficaz en mujeres que aspiran a quedar embarazadas, que están embarazadas o que están amamantando.
- ♦ Si el estado de agitación no se puede controlar de manera adecuada mediante el uso de un antipsicótico solamente, administre una dosis de benzodiazepina (por ejemplo, diazepam, a un máximo de 5 mg por la vía oral) y consulte a un especialista de inmediato.

♦ Trate los efectos secundarios.

- En el caso de efectos secundarios extrapiramidales agudos* de importancia, como el parkinsonismo (combinación de temblores*, rigidez muscular y movimientos corporales reducidos) o acatisia* (incapacidad para permanecer quieto):
 - Reduzca la dosis del antipsicótico.
 - Si los efectos secundarios extrapiramidales continúan a pesar de haber reducido la dosis, considere el uso de anticolinérgicos a corto plazo (por ejemplo, biperideno durante 4 a 8 semanas (>> cuadro PSI 2)).
- En caso de distonía aguda (espasmo muscular agudo, típicamente en el cuello, la lengua y la mandíbula):
 - Suspenda el antipsicótico temporalmente y administre anticolinérgicos (por ejemplo, biperideno >> cuadro PSI 2). Si estos no están al alcance, se puede dar diazepam para conseguir la relajación muscular.
- ♦ Si es posible, consulte a un especialista acerca de la duración del tratamiento y cuándo suspender los antipsicóticos.
 - En general, continúe administrando el antipsicótico por un mínimo de 12 meses después de que hayan desaparecido los síntomas.
 - Suspenda el medicamento en forma gradual a lo largo de varios meses.
 - Nunca suspenda el medicamento bruscamente.

2. Para los síntomas psicóticos por causas físicas agudas (por ejemplo, abstinencia del alcohol o delirio)

» Trate la causa aguda.

- ♦ Para el tratamiento de la abstinencia del alcohol, vea el recuadro SUB 1.
- ♦ En caso de haber causas físicas agudas distintas de la abstinencia del alcohol, recete un antipsicótico oral según sea necesario (por ejemplo, haloperidol, empezando con 0,5 mg por dosis hasta alcanzar

de 2,5 a 5 mg tres veces al día). Solo prescriba antipsicóticos cuando haya que controlar un estado de agitación, síntomas psicóticos o agresión. Suspenda el medicamento tan pronto desaparezcan estos síntomas. Considere la conveniencia de administrar el tratamiento por vía intramuscular únicamente cuando no se pueda utilizar la vía oral.

3. Para un episodio maniaco

» Comience el tratamiento con un antipsicótico oral (>> apartado A1 anterior, bajo "Intervenciones farmacológicas").

» Cuando la persona continúe en un estado de agitación extrema a pesar del tratamiento antipsicótico, considere la conveniencia de agregar una dosis de benzodiazepina (por ejemplo, diazepam, a un máximo de 5 mg por vía oral) y consulte a un especialista de inmediato.

» Un episodio maniaco forma parte del trastorno bipolar*. Una vez que el episodio maniaco agudo está controlado, es preciso evaluar a la persona y tratar el trastorno bipolar con un estabilizador del estado de ánimo como el valproato o la carbamazepina. Consulte a un especialista acerca del tratamiento o siga las instrucciones dadas para el trastorno bipolar en la versión completa de la *Guía de intervención mhGAP*.

Cuadro PSI 1. Medicamentos antipsicóticos

Medicamento	Haloperidol ^a	Clorpromazina	Risperidona
Dosis inicial	2,5 mg al día	50 a 75 mg al día	2 mg al día
Dosis eficaz	4 a 10 mg al día (dosis máxima, 20 mg)	75 a 300 mg al día ^b (dosis máxima, 1000 mg)	4 a 6 mg al día (dosis máxima, 10 mg)
Vía de administración	Oral o intramuscular	Oral	Oral
Efectos secundarios significativos:			
Efectos secundarios extrapiramidales*	+++	+	+
Sedación (especialmente en personas de mayor edad)	+	+++	+
Dificultad para orinar		++	
Hipotensión ortostática*	+	+++	+
Síndrome neuroléptico maligno*	Infrecuente ^c	Infrecuente ^c	Infrecuente ^c

^a Está incluido en el Botiquín Médico Interinstitucional de Emergencia (OMS, 2011).

^b En los casos graves puede ser necesario administrar hasta 1 g.

^c Suspenda el antipsicótico de inmediato si se sospecha la presencia de este síndrome. Mantenga fría a la persona y proporcione líquidos.

Cuadro PSI 2. Medicamentos anticolinérgicos

Medicamento	Biperideno ^a	Trihexifenidilo
Dosis inicial	1 mg dos veces al día	1 mg al día
Dosis eficaz característica	3 a mg al día (dosis máxima, 12 mg)	5 a 15 mg al día (dosis máxima, 20 mg)
Vía de administración	Oral	Oral
Efectos secundarios importantes:		
Confusión, trastorno de la memoria (sobre todo en personas de edad)	+++	+++
Sedación (sobre todo en personas de edad)	+	+
Dificultad para iniciar la micción	++	++

^a Está incluido en el Botiquín Médico Interinstitucional de Emergencia (OMS, 2011).



B. Intervenciones psicosociales

En todos los casos:

1. Preste orientación psicológica

Mensajes clave para la persona y los cuidadores

- » La psicosis puede ser tratada y la persona se puede recuperar.
- » El estrés puede empeorar los síntomas psicóticos.
- » Procure seguir con sus actividades sociales, educativas y ocupacionales habituales, en la medida de lo posible, aunque esto pueda resultar difícil en una situación de emergencia.
- » No deben consumirse bebidas alcohólicas, marihuana o medicamentos que no hayan sido prescritos, ya que pueden empeorar los síntomas psicóticos.
- » Las personas con psicosis tienen que tomar los medicamentos recetados y acudir a las visitas de seguimiento con regularidad.
- » Identifique si los síntomas psicóticos reaparecen o empeoran. En este caso debe regresar al servicio de salud, donde se evaluará la necesidad de adecuar el tratamiento.

Mensajes para los cuidadores

- » No trate de convencer a la persona de que sus creencias o experiencias son falsas o ficticias.
- » Procure ser neutral y comprensivo aun cuando la persona se comporte de manera extraña o agresiva.
- » Evite entrar en discusiones o ser hostil hacia la persona.
- » Trate de darle libertad a la persona para moverse. Evite limitar los movimientos de la persona, procurando al mismo tiempo garantizar su seguridad y la de los demás.
- » La psicosis no la causan ni la hechicería ni los espíritus.
- » No culpe a la persona o a otros miembros de la familia ni los acuse de haber provocado la psicosis.
- » Si la persona acaba de dar a luz, no la deje sola con el bebé para proteger la seguridad de este.

2. Facilite la reinserción en la comunidad

- » Converse con los líderes comunitarios para mejorar la aceptación y tolerancia de la persona por parte de la comunidad.
- » Facilite la participación de la persona en las actividades económicas y sociales de la comunidad.
- » Póngase en contacto con los recursos de la comunidad, tales como los trabajadores de salud comunitarios, los de los servicios de protección, los trabajadores sociales y los encargados de servicios para personas con discapacidades. Pídale que ayuden a la persona a reanudar las actividades sociales, educativas y ocupacionales que corresponda.

3. Ocúpese de los cuidadores según lo indicado en la sección *“Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social”* (>> *“Principios generales de la atención”*)

C. Seguimiento

- » Programe y lleve a cabo sesiones de seguimiento periódicas según lo indicado en la sección *“Principios del tratamiento”* (>> *“Principios generales de la atención”*).
- » Programe la segunda consulta a más tardar en una semana y las consultas posteriores según la evolución del trastorno.
- » Siga el tratamiento antipsicótico por **un mínimo de 12 meses** después de la desaparición completa de los síntomas. De ser posible, consulte a un especialista para determinar si el medicamento debe continuarse o suspenderse.

Epilepsia/ Crisis Epilépticas

EPI



La evaluación y el tratamiento de una persona que está convulsionando o que ha quedado inconsciente tras una crisis epiléptica* se describen en el recuadro PAI 2 en la página 00.

De todos los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, la epilepsia es el más frecuentemente tratado durante las crisis humanitarias en los países de ingresos bajos y medianos. Afecta a personas de todas las edades, e incluso los niños pequeños.

La epilepsia es un trastorno neurológico crónico en el que pueden producirse crisis convulsivas espontáneas recurrentes causadas por actividad eléctrica anormal en el cerebro. Hay diversos tipos de epilepsia, y en este módulo se estudia solamente el más común, que es la **epilepsia convulsiva**, caracterizada por contracciones musculares involuntarias repentinas alternadas con relajaciones musculares, que causan temblores o rigidez en el cuerpo y las extremidades. Las crisis epilépticas a menudo se acompañan de **alteración de la conciencia**. Una persona que está convulsionando puede caer y lesionarse.

El suministro de medicamentos antiepilépticos suele verse interrumpido durante las emergencias humanitarias. Sin acceso continuo a estos medicamentos las personas con epilepsia pueden volver a tener crisis epilépticas, lo cual pone en peligro sus vidas.

Motivos de consulta característicos en casos de crisis epilépticas

- Antecedentes de movimientos convulsivos o de crisis epilépticas.

Pregunta 1. ¿Evaluar si la persona cumple con los criterios de una crisis epiléptica?

- » Pregúntele a la persona, y a su cuidador, si ha tenido cualquiera de los siguientes síntomas:
 - ♦ **movimientos convulsivos de más de 1 o 2 minutos de duración;**
 - ♦ pérdida del conocimiento o alteración de la conciencia;
 - ♦ rigidez del cuerpo o de las extremidades de más de 1 o 2 minutos de duración;
 - ♦ mordedura o magulladura de la lengua, o traumatismo corporal;
 - ♦ pérdida de control de los esfínteres vesical o anal durante el episodio.
 - ♦ Después de los movimientos anormales, la persona puede mostrar confusión, somnolencia o un comportamiento extraño. También puede quejarse de agotamiento, dolor de cabeza o dolor muscular.
- » La persona **manifiesta** los criterios propios de una **crisis epiléptica** si a los **movimientos convulsivos se suman dos o más síntomas de la lista anterior.**
- » Sospeche la presencia de una **crisis epiléptica sin convulsiones o de una condición médico distinta** si se cumplen solo uno o dos de los criterios anteriores.
 - ♦ Consulte a un especialista si la persona ha tenido más de una crisis epiléptica sin convulsiones.
 - ♦ Si se sospechan otros trastornos médicos, trátelos como corresponde.
 - ♦ Haga un seguimiento a los tres meses para reevaluar la situación.

Pregunta 2. Si se trata de una crisis epiléptica ¿tiene alguna causa aguda?

- » Compruebe si hay signos o síntomas de una **neuroinfección***:
 - ♦ fiebre
 - ♦ cefalea
 - ♦ irritación meníngea* (por ejemplo, rigidez de la nuca).
- » Compruebe si están presentes **otras de las posibles causas** de crisis epilépticas:
 - ♦ traumatismo craneoencefálico;
 - ♦ anomalías metabólicas* (por ejemplo, hipoglicemia*, hiponatremia*);
 - ♦ embriaguez, intoxicación por drogas o síndrome de abstinencia (>> **recuadro SUB 1 en la página 00**).
- » Si se puede **detectar la causa** de la crisis epiléptica, **trátela.**
- » En estos casos no hay que dar ningún tratamiento de sostén con antiepilépticos.
- » Si hay sospecha de neuroinfección, traumatismo craneoencefálico o anomalía metabólica, remita de inmediato a la persona a un hospital.
- ♦ Sospeche la presencia de neuroinfección en un niño (de 6 meses a 6 años de edad) con fiebre si se cumple cualquiera de los siguientes criterios definitorios de las convulsiones febriles complejas:
 - crisis convulsiva localizada: la convulsión comienza en una parte del cuerpo;
 - crisis convulsiva prolongada: la convulsión dura más de 15 minutos;
 - crisis convulsiva repetitiva: el niño tiene más de una convulsión en el transcurso de la enfermedad presente.
- ♦ Si ninguno de los tres criterios anteriores se cumple en un niño con fiebre, sospeche la presencia de una convulsión febril simple. Trate la fiebre e investigue su causa siguiendo las pautas locales del programa de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia. Mantenga al niño bajo observación durante 24 horas.
- » Haga un seguimiento a los tres meses para reevaluar la situación.

Pregunta 3. En el caso de una crisis epiléptica sin una causa aguda identificable, ¿se trata de epilepsia o no?

- » Se trata de **epilepsia** si en los 12 últimos meses la persona ha tenido dos o más crisis epilépticas espontáneas en dos días distintos.
- » Si en los últimos 12 meses se produjo una sola crisis epiléptica sin ninguna causa aguda, no hay que dar antiepilépticos. Haga un seguimiento a los tres meses

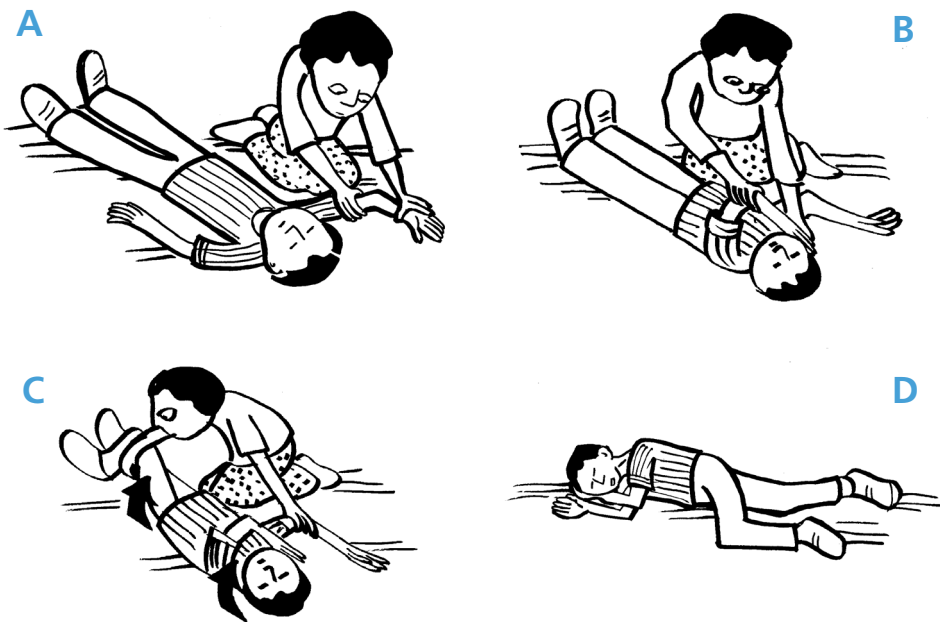
Plan de manejo básico

1. Dar orientación a la persona y a sus cuidadores acerca de la epilepsia

» Explique:

- ♦ Qué es la epilepsia y **qué la produce**:
 - ▶ La epilepsia es una enfermedad crónica, pero si reciben tratamiento medicamentoso, tres de cada cuatro personas pueden dejar de tener crisis epilépticas.
 - ▶ La epilepsia se caracteriza por crisis convulsivas recurrentes. Una crisis epiléptica es un problema ocasionado por la presencia de actividad eléctrica anormal en el cerebro.
 - ▶ La epilepsia no la causan ni la hechicería ni los espíritus.
 - ▶ La epilepsia no es contagiosa. La saliva no transmite la epilepsia.
- ♦ Cómo afecta la epilepsia al **estilo de vida**:
 - ▶ Las personas con epilepsia pueden llevar una vida normal:
 - ▶ Pueden casarse y tener hijos sanos.
 - ▶ Pueden dedicarse de manera productiva y sin correr peligro a la mayoría de las ocupaciones.
 - ▶ Los niños con epilepsia pueden ir a la escuela.
- ♦ Las personas con epilepsia deben **evitar**:
 - ▶ todo trabajo que implique cercanía a maquinaria pesada o fuego;
 - ▶ cocinar a fuego vivo al aire libre;
 - ▶ nadar a solas;
 - ▶ consumir alcohol y drogas con fines de recreo;
 - ▶ mirar luces titilantes;
 - ▶ alterar su rutina de sueño (por ejemplo, dormir mucho menos de lo habitual).
- ♦ **Qué hacer en casa** cuando se producen crisis epilépticas (mensaje para cuidadores):
 - ▶ Si una crisis epiléptica comienza mientras la persona está de pie o sentada, evite que la persona se lastime al caer ayudándola con cuidado a sentarse o acostarse en el suelo.
 - ▶ Compruebe que la persona esté respirando bien. Aflójele la ropa alrededor del cuello.
 - ▶ Coloque a la persona en posición de recuperación (véanse las figuras A–D más abajo).

Figuras A–D. La posición de recuperación



- Arrodílese en el suelo al lado de la persona. Tómese el brazo más cercano y colóquelo en ángulo recto respecto del cuerpo, con la mano hacia arriba, cerca de la cabeza (véase la figura A).
- Coloque la otra mano de la persona debajo de su cabeza, de manera que el dorso de la mano esté en contacto con la mejilla (véase la figura B).
- Dóblele en ángulo recto la rodilla más alejada. Voltee a la persona de lado con cuidado sujetándola de la rodilla doblada (véase la figura C).
- El brazo que quede más lejos del suelo servirá de apoyo a la cabeza, y el brazo apoyado en el suelo evitará que la persona ruede (véase la figura D). **Manténgale despejadas**

las vías respiratorias inclinándole la cabeza hacia atrás suavemente y levantándole el mentón, de suerte que nada le obstruya la respiración. Esta maniobra libera la lengua desobstruyendo las vías respiratorias de modo que respira mejor sin asfixiarse por aspiración de las secreciones y el vómito.

- ▶ No trate de inmovilizar a la persona ni la presione contra el suelo.
- ▶ No le introduzca ningún objeto en la boca.
- ▶ Aleje cualquier objeto duro o cortante para evitar que la persona se lastime.
- ▶ Quédese con ella hasta que cese la crisis y vuelva en sí.

» Pídale a la persona y a sus cuidadores que lleven un control de la actividad convulsiva en un diario sencillo (véase la figura EPI 1).

2. Inicie o reanude el tratamiento con fármacos antiepilépticos

- » Verifique si la persona ya ha usado un antiepiléptico que le haya controlado las crisis epilépticas. En caso afirmativo, administre el mismo medicamento a la misma dosis.
- » Si el medicamento no estuviera disponible, dele otro nuevo.
- » Elija **un solo** antiepiléptico (véase el cuadro EPI 1).
 - ♦ Tenga en cuenta los posibles efectos secundarios, cualquier interacción entre medicamento y enfermedad* o alguna interacción medicamentosa*. Consulte el **formulario nacional o el de la OMS**, según sea necesario.
 - ♦ Comience con la **dosis más baja y auméntela progresivamente** hasta que las crisis epilépticas desaparezcan del todo.
- » **Explíqueles a la persona y a los cuidadores:**
 - ♦ El régimen de dosificación de los medicamentos (>> cuadro EPI 1). Los posibles efectos secundarios (>> **cuadro EPI 1**). La mayoría de estos son leves y desaparecerán con el tiempo. En caso de efectos secundarios graves, la persona debe suspender el medicamento de inmediato y buscar ayuda médica.
 - ♦ La importancia de **cumplir** el tratamiento. Saltarse dosis o suspender el medicamento bruscamente puede hacer que las crisis epilépticas reaparezcan. El medicamento debe tomarse **a la misma hora cada día**.
 - ♦ El tiempo necesario para que el medicamento empiece a hacer efecto. Por lo general transcurren varias semanas antes de que el efecto se manifieste.
 - ♦ La duración del tratamiento. Continúe dando el medicamento hasta que la persona haya dejado de tener crisis epilépticas por espacio de dos años como mínimo.
 - ♦ La importancia de realizar seguimientos con regularidad.

Cuadro EPI 1. Medicamentos antiepilépticos

Medicamento	Fenobarbital ^a	Carbamazepina	Fenitoína	Valproato
Dosis inicial en niños	2 a3 mg/kg al día	5 mg/kg al día	3 a 4 mg/kg al día	15 a 20 mg/kg al día
Dosis eficaz recomendable en niños	2 a6 mg/kg al día	10 a30 mg/kg al día	3 a8 mg/kg al día (dosis máxima, 300 mg al día)	15 a30 mg/kg al día
Dosis inicial en adultos	60 mg al día	200 a 400 mg al día	150 a200 mg al día	400 mg al día
Dosis eficaz en adultos	60 a180 mg al día	400 a1400 mg al día	200 a400 mg al día	400 a2000 mg al día
Dosificación	Una vez al día antes de acostarse	Dos veces al día	En niños, dos veces al día; en adultos, una vez al día	Habitualmente, dos o tres veces al día
Efectos secundarios poco frecuentes pero graves	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Erupciones cutáneas graves (síndrome de Stevens-Johnson*) ♦ Depresión de la médula ósea* ♦ Insuficiencia hepática 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Erupciones cutáneas graves (síndrome de Stevens-Johnson*, necrólisis epidérmica tóxica*) ♦ Depresión de la médula ósea* 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Anemia y otros trastornos hemáticos ♦ Reacciones de hipersensibilidad, incluidas las erupciones cutáneas graves (síndrome de Stevens-Johnson*) ♦ Hepatitis 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Somnolencia ♦ Confusión
Efectos secundarios comunes	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Somnolencia ♦ Hiperactividad en niños 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Somnolencia ♦ Dificultad para caminar ♦ Náuseas 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Náuseas, vómitos, estreñimiento ♦ Temblor ♦ Somnolencia ♦ Ataxia y dificultad para hablar ♦ Sacudidas motoras ♦ Confusión 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Letargo ♦ Sedación ♦ Temblor ♦ Náuseas, diarrea ♦ Aumento de peso ♦ Caída transitoria del cabello (por lo general vuelve a crecer a más tardar en 6 meses) ♦ Deterioro de la función hepática
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Evite el fenobarbital en niños con discapacidad intelectual o con problemas conductuales 			<ul style="list-style-type: none"> ♦ Evite el valproato en mujeres embarazadas

^a Está incluido en el Botiquín Médico Interinstitucional de Emergencia (OMS, 2011).

3. Seguimiento

- » Lleve a cabo **seguimientos periódicos**:
 - ♦ Durante los tres primeros meses o hasta que las crisis epilépticas se hayan controlado, programe citas de seguimiento por lo menos una vez al mes.
 - ♦ Reúname con la persona cada tres meses si las crisis epilépticas ya están controladas.
 - ♦ Consulte la sección "*Principios del tratamiento*" (>> "*Principios generales de la atención*"), donde se exponen más detalles en torno al seguimiento.
- » **En cada cita de seguimiento**:
 - ♦ Determine si las **crisis epilépticas** están controladas:
 - Consulte el diario de las crisis epilépticas para ver hasta qué punto están controladas.
 - ♦ Mantenga o ajuste la dosis del antiepiléptico dependiendo del grado en que estén controladas las crisis epilépticas.
 - Si las crisis convulsivas todavía no están controladas pese al uso de la dosis terapéutica máxima de un medicamento, o si los efectos secundarios se han vuelto insoportables, cambie a otro medicamento. Aumente gradualmente la dosis hasta que las crisis epilépticas estén controladas.
 - Si las crisis epilépticas son muy poco frecuentes y otro incremento de la dosis puede provocar efectos secundarios graves, puede continuarse con la misma dosis.
 - Consulte a un especialista si ya se probaron dos medicamentos, uno tras otro, y ninguno logró un control adecuado de las crisis epilépticas. Evite usar más de un antiepiléptico a la vez.
 - ♦ Si no ha habido ninguna crisis epiléptica en los **dos últimos años, considere la conveniencia de suspender el antiepiléptico**.
 - Al retirar el medicamento, la dosis **deberá reducirse progresivamente** durante varios meses para evitar que las crisis epilépticas reaparezcan como resultado de una suspensión brusca.
 - ♦ Haga que los cuidadores participen en la vigilancia del control de las crisis epilépticas.
 - ♦ Aborde asuntos concernientes al estilo de vida y proporcione más orientación o apoyo psicológico a la persona y a sus cuidadores (>> **Plan terapéutico básico, paso 1**, descrito anteriormente).

Figura EPI 1. Ejemplo de un diario para llevar el control de las crisis epilépticas

Cuándo ocurrió la crisis convulsiva		Descripción de la crisis convulsiva (en especial su duración y las partes del cuerpo afectadas)	"Medicamentos que fueron administrados"	
Fecha	Hora		Ayer	Hoy



Recuadro EPI 1. Consideraciones especiales concernientes al tratamiento de mujeres con epilepsia

- » Si la mujer está en **edad reproductiva**:
 - ♦ dele folato a una dosis de 5 mg al día para prevenir posibles anomalías congénitas si queda embarazada.
- » Si está **embarazada**:
 - ♦ consulte a un especialista antes de tratarla;
 - ♦ recomiende llevar a cabo consultas prenatales más frecuentes y dar a luz en un hospital;
 - ♦ durante el parto, administre al recién nacido 1 mg de **vitamina K** por vía intramuscular.
- » La decisión de administrar un medicamento antiepiléptico a una embarazada debe tomarse en consulta con la propia mujer. Es importante tener en cuenta la gravedad y frecuencia de las crisis epilépticas, así como el riesgo potencial para el feto debido tanto a las crisis como al medicamento. Si se decide administrar un medicamento, pueden emplearse el **fenobarbital** o la **carbamazepina**. Evitense el valproato y la politerapia*.
- » La carbamazepina puede administrarse a las mujeres que amamantan.

Recuadro EPI 2. Evaluación y tratamiento de una persona que está convulsionando o ha quedado inconsciente tras una crisis epiléptica



La evaluación y el tratamiento de las crisis epilépticas agudas deben llevarse a cabo simultáneamente.

» Evaluación de las crisis convulsivas

- ♦ Mantenga la calma. La mayoría de las crisis convulsivas cesarán al cabo de unos minutos.
- ♦ Examine las **vías respiratorias, la respiración y la circulación**, incluida la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal.
- ♦ Compruebe si hay **signos de un traumatismo cefálico o espinal** (por ejemplo, las pupilas dilatadas pueden ser signo de un grave traumatismo craneoencefálico).
- ♦ Compruebe si hay rigidez de la nuca o fiebre (signos de meningitis).

» Pregunte al cuidador:

- ♦ ¿Cuándo comenzó este ataque?
- ♦ ¿Hay antecedentes de ataques epilépticos?
- ♦ ¿Hay antecedentes de un traumatismo de la cabeza o el cuello?
- ♦ ¿Hay otros problemas médicos?
- ♦ ¿Ha tomado la persona algún medicamento, veneno, alcohol u otras drogas?
- ♦ Si se trata de una **mujer**: ¿Está en la segunda mitad del embarazo o en la primera semana posparto?

» Remita urgentemente a un hospital:

- ♦ Si hay algún signo de traumatismo grave, shock* o **problema respiratorio**.
- ♦ Si es factible que la persona haya sufrido un **traumatismo grave de la cabeza o el cuello**:
 - ▶ no le mueva el cuello;
 - ▶ voltéela aplicando la maniobra de giro horizontal* para trasladarla.
- ♦ Si se trata de una mujer en la **segunda mitad del embarazo o en la primera semana posparto**.
- ♦ Si se sospecha que hay **neuroinfección**.
- ♦ Si han transcurrido **más de 5 minutos desde que comenzó la crisis epiléptica**.

» Tratamiento de las crisis convulsivas

- ♦ Voltee de lado a la persona, en **posición de recuperación** (véanse el *Plan terapéutico básico* y las figuras A–D).
- ♦ Si la crisis epiléptica no remite espontáneamente después de 1 o 2 minutos, inserte un catéter intravenoso lo antes posible y administre **glucosa** y **benzodiazepinas** lentamente (30 gotas por minuto).

- ▶ Si es difícil insertar un catéter intravenoso, administre las benzodiazepinas por vía rectal.
 - Advertencia: las **benzodiazepinas pueden hacer que la respiración sea más lenta**. Administre oxígeno si lo hay, y vigile el estado respiratorio de la persona con frecuencia.

- ▶ **Dosis de glucosa para niños**: 2 a 5 ml de solución glucosada al 10% por kg de peso

▶ Dosis de benzodiazepinas para niños:

- diazepam por vía rectal, 0,2 a 0,5 mg/kg, o
- diazepam por vía intravenosa, 0,1 a 0,3 mg/kg, o
- lorazepam por vía intravenosa, 0,1 mg/kg.

- ▶ **Dosis de glucosa para adultos**: 25-50 ml de solución glucosada al 50%

▶ Dosis de benzodiazepinas para adultos:

- diazepam por vía rectal, 10 a 20 mg, o
- diazepam por vía intravenosa, 10 a 20 mg lentamente, o
- lorazepam por vía intravenosa, 4 mg.

- ▶ **No administre benzodiazepinas por vía intramuscular.**

- ♦ Administre la **segunda dosis** de benzodiazepinas si la crisis epiléptica persiste 5 o 10 minutos después de la primera dosis.

- ♦ Repita la misma dosis que indicó la primera vez.

- ♦ **No administre más de dos dosis de benzodiazepinas. Si la persona necesita más de dos dosis, debe ser enviada a un hospital.**

- ♦ Sospeche la presencia de **estado epiléptico** si:

- ▶ las crisis **epilépticas** son frecuentes y la persona no se recupera entre una y otra crisis, o las crisis epilépticas no remiten con dos dosis de benzodiazepinas, o
- ▶ las crisis epilépticas duran más de 5 minutos.

» Remita urgentemente la persona a un hospital:

- ♦ Si se sospecha estado epiléptico (véase más arriba).
- ♦ Si la persona no responde a las dos primeras dosis de benzodiazepinas.
- ♦ Si la persona tiene problemas respiratorios después de haber recibido benzodiazepinas.

Discapacidad Intelectual

DI

DI

La discapacidad intelectual⁹ se caracteriza por limitaciones irreversibles en diversos aspectos del desarrollo intelectual normal (es decir, el desarrollo cognoscitivo*, el lenguaje, las habilidades motoras y las aptitudes sociales). Las limitaciones pueden existir desde el nacimiento o bien aparecer durante la niñez. La discapacidad intelectual dificulta el aprendizaje, el funcionamiento diario y la adaptación a un ambiente nuevo.

Las personas con discapacidad intelectual suelen necesitar mucha atención. A menudo se enfrentan a obstáculos que dificultan su acceso a los servicios de salud y a la educación. En los caóticos entornos de emergencia, son extremadamente vulnerables al maltrato, a la negligencia y a la exposición a situaciones peligrosas. Por ejemplo, son más propensas a aventurarse en lugares peligrosos sin percibir el riesgo. Por otro lado, sus familiares y comunidades a veces las consideran una carga, lo cual puede llevar a que sean abandonadas en situaciones de desplazamiento. Por consiguiente, las personas con discapacidad intelectual requieren una atención especial durante las emergencias humanitarias.

Este módulo cubre la discapacidad intelectual moderada, grave y profunda en niños, adolescentes y adultos.

Motivos de consulta característicos

- » **En lactantes: dificultad para mamar, falta de crecimiento, tono muscular disminuido, retraso para alcanzar los hitos normales del desarrollo en función de la edad y la etapa del desarrollo, tales como sonreír, sentarse o pararse.**
- » **En niños: retraso para alcanzar los hitos normales del desarrollo en función de la edad, tales como caminar, ir al baño, conversar, leer y escribir.**
- » **En adultos: capacidad reducida de vivir de manera independiente o de cuidar de sí mismos o de los hijos.**
- » **A cualquier edad: dificultad para realizar las actividades diarias que se consideran normales para la edad de la persona; dificultad para entender instrucciones; dificultad para cumplir con las exigencias de la vida cotidiana.**

Pregunta 1. ¿Tiene la persona discapacidad intelectual?

- » **Investigue las aptitudes y el funcionamiento de la persona:**
 - ♦ En los niños pequeños y los preescolares, evalúe si han alcanzado **por completo** los hitos adecuados para la edad en **todas las facetas del desarrollo** (>> recuadro DI 1 con signos de alarma).
 - ♦ Preguntas sugeridas para los cuidadores de los niños:
 - ▶ *¿Se comporta su hijo como los otros niños de su edad?*
 - ▶ *¿Qué cosas puede hacer su hijo sin ayuda (sentarse, caminar, comer, vestirse o ir al baño)?*
 - ▶ *¿Cómo se comunica su hijo con usted? ¿Le sonríe? ¿Reacciona cuando oye su nombre? ¿De qué modo conversa el niño con usted? ¿Sabe pedir lo que quiere?*
 - ▶ *¿Cómo juega el niño? ¿Puede jugar bien con otros niños de su edad?*
 - ♦ Si se trata de **niños mayores y adolescentes**, pregunte si van a la escuela y, en caso afirmativo, cómo les va con las tareas escolares (aprendizaje, lectura y escritura) y en las actividades domésticas cotidianas.
 - ▶ *¿Vas a la escuela? ¿Cómo te va en la escuela? ¿Puedes completar tus tareas escolares? ¿Tienes problemas frecuentes en la escuela por no poder comprender o seguir las instrucciones?*
 - ♦ Si se trata de adultos, pregunte si trabajan y, en caso afirmativo, cómo les va en el trabajo y en sus otras actividades cotidianas.
 - ▶ *¿Trabaja? ¿A qué se dedica? ¿Tiene problemas frecuentes en el trabajo por no poder comprender o seguir las instrucciones?*
 - ♦ Si se trata de **niños mayores, adolescentes o adultos**, pregunte cuánta ayuda están recibiendo la persona en sus actividades cotidianas (por ejemplo, en la casa, la escuela, el trabajo).
- » Si hay atraso en alcanzar los hitos normales del desarrollo, descarte las afecciones tratables o reversibles que pueden parecerse a una discapacidad intelectual.
 - ♦ **Descarte la presencia de una deficiencia visual:**
 - ▶ Si se trata de un niño mayor de 6 meses de edad, pregúntele al cuidador si el niño puede hacer lo siguiente, mientras usted observa al niño:
 - seguir con los ojos un objeto que se mueve;
 - reconocer los rostros de las personas que ve a menudo;
 - tomar un objeto con la mano.
 - ▶ Si cualquiera de las respuestas es **negativa**, explíquelo al cuidador que el niño podría tener una deficiencia visual y de ser posible consulte a un especialista.
 - ♦ **Descarte la presencia de hipoacusia:**
 - ▶ Si se trata de un niño mayor de 6 meses de edad, pregúntele al cuidador, mientras usted observa al niño, si este puede hacer lo siguiente:
 - voltear la cabeza para ver quién está hablando detrás de él;
 - reaccionar ante los ruidos fuertes;
 - emitir diversos sonidos vocales (tata, dada, baba).
 - ▶ Si cualquiera de las respuestas es **negativa**, explíquelo al cuidador que el niño podría tener un déficit de la audición y, si es posible, consulte a un especialista.
 - ♦ **Descartar la presencia de un problema de tipo ambiental:**
 - ▶ Un trastorno depresivo moderado a grave en la madre o el cuidador principal (>> **DEP**)
 - ▶ Falta de estimulación (la estimulación es esencial para el desarrollo cerebral de los niños pequeños).
 - *¿Quién interactúa y juega con el niño habitualmente?*
 - *¿Cómo juega usted con el niño? ¿Con qué frecuencia?*
 - *¿Cómo se comunica usted con el niño? ¿Con qué frecuencia?*
 - ♦ **Descarte la desnutrición** y otras **carencias** nutricionales u **hormonales**, tales como la carencia de yodo* y el hipotiroidismo*.
 - ♦ **Descarte la epilepsia** (>> **EPI**), que puede asemejarse a la discapacidad intelectual o presentarse junto con ella.
- » Aborde los problemas tratables que haya detectado y haga un seguimiento para reevaluar si la persona tiene discapacidad intelectual.
 - ♦ En casos confirmados deficiencia de la audición o de la vista, proporcione o solicite la ayuda necesaria (anteojos, audífono).
 - ♦ Trate al cuidador por un trastorno depresivo, si corresponde.
 - ♦ Enséñele al cuidador cómo crear un ambiente más estimulante para los niños pequeños. Véase el documento **Counsel the family on care for child development counselling cards** (UNICEF y OMS, 2012).
 - ♦ Si es necesario, derivar a la persona a programas para el desarrollo del niño en la primera infancia.
- » Es probable que haya **discapacidad intelectual** si: a) hay un retraso importante en alcanzar los hitos del desarrollo normales y dificultad para cumplir con las exigencias de la vida cotidiana, y b) se ha descartado o tratado otra afección tratable o reversible.

Pregunta 2. ¿Existen problemas conductuales?

- » No hace caso a los cuidadores.
- » Rabietas. Agresividad y tendencia a hacerse daño cuando está disgustado.
- » Consumo de materias inorgánicas.
- » Comportamiento sexual riesgoso u otras conductas imprudentes.

Plan de manejo básico

1. Preste orientación psicológica

- » **Explíqueles la discapacidad** a la persona y a sus cuidadores. A las personas con discapacidad intelectual no se le debe culpar de su problema. Lo que se busca es que los cuidadores sean realistas en sus expectativas y que sean pacientes y solidarios.
- » Imparta a los padres en las habilidades necesarias para la crianza de los niños. El objetivo debe ser **mejorar las interacciones positivas entre el niño y sus padres o cuidadores**. Imparta a los responsables los conocimientos que puedan servirles para disminuir los problemas de comportamiento.
 - ♦ Los cuidadores deben comprender la importancia de capacitar a la persona para garantizar su higiene y cuidado personal (ir al baño, cepillarse los dientes).
 - ♦ Los cuidadores deben conocer a fondo a la persona. Deben saber cuáles son los factores que le generan ansiedad y cuáles los que la hacen feliz; conocer la causa de sus problemas de comportamiento y cómo evitarlos; saber cuáles son sus puntos fuertes y débiles, y saber cuál es la mejor manera de que adquiera nuevas habilidades.
 - ♦ Los cuidadores deben procurar mantener horarios lo más regulares posibles para las actividades cotidianas de la persona, como comer, jugar, estudiar, trabajar y dormir.
- ♦ **Los cuidadores deben recompensar a la persona** cuando se comportan bien y abstenerse de recompensarla cuando el comportamiento es problemático. Procure ser equilibrado en la disciplina:
 - ▶ Imparta a la persona instrucciones claras, sencillas y breves, indicándole lo que debe hacer en lugar de lo que no debe hacer. Divida las actividades en varios pasos cortos para que la persona pueda aprender y ser recompensada paso a paso (por ejemplo, por aprender a ponerse el pantalón antes de abrocharlo).
 - ▶ Cuando la persona hace algo bien, dele una recompensa. Distráigala para evitar que haga cosas que no debe hacer, pero sin que la distracción le resulte placentera ni que sea percibida como un premio.
 - ▶ **No amenace ni inflija castigos corporales** cuando el comportamiento sea problemático.
- » Explíqueles a los cuidadores que, en general, la persona es más vulnerable al maltrato físico y al abuso sexual, lo cual implica que requiere más atención y protección.
- » Oriente a los cuidadores para que eviten la internación de la persona en una institución.

2. Fomente la protección por parte de los servicios comunitarios

- » Determine si hay fuentes de protección comunitaria al alcance (por ejemplo, grupos informales, organizaciones no gubernamentales locales, dependencias gubernamentales u organismos internacionales) e interceda para que ayuden a la persona.

3. Fomente la participación en las actividades de la comunidad

- » Si se trata de un niño, procure que asista a escuelas comunes, tanto tiempo como sea posible.
 - ♦ Colabore con la escuela para ver cómo adaptar el ambiente educativo a las necesidades del niño. Se ofrecen consejos sencillos al respecto en la guía *INEE Good Practice Guide: Inclusive education of children at risk –persons with disabilities* [Guía INEE de buenas prácticas: la educación integradora de los niños en riesgo – personas con discapacidades].
- » Fomente la participación en actividades sociales agradables de la comunidad.
- » Evalúe la disponibilidad de programas de rehabilitación comunitaria (RC*) y abogue por que la persona con discapacidad intelectual sea admitida en tales programas.

4. Preste atención a los cuidadores según lo indicado en la sección “Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social” (>> “Principios generales de la atención”)

5. Si es posible, remita a un especialista para evaluar y tratar más a fondo la posible presencia de trastornos del desarrollo concomitantes

» Deficiencia motora irreversible o parálisis cerebral*

» Anomalías congénitas, anormalidades o síndromes genéticos (por ejemplo, el síndrome de Down*).

6. Seguimiento

» Programe y lleve a cabo sesiones de seguimiento en consonancia con lo indicado en la sección “Principios del tratamiento” (>> “Principios generales de la atención”).

Recuadro DI 1. Hitos del desarrollo: signos a los que hay que estar atentos

Hacia el PRIMER MES	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dificultad o incapacidad para succionar el pecho (o el biberón) ◆ Movimiento escaso de brazos y piernas ◆ Poca o ninguna reacción a los sonidos fuertes o a las luces brillantes ◆ Llanto prolongado sin motivo aparente ◆ Vómitos y diarrea, que pueden provocar deshidratación
Hacia los 6 MESES DE EDAD	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Rigidez o dificultad para mover las extremidades ◆ Movimiento constante de la cabeza (posible signo de una otitis, que podría llevar a la sordera si se deja sin tratar) ◆ Poca o ninguna respuesta a los sonidos, a los rostros de personas conocidas o al pecho materno ◆ Rechazo del pecho materno o de otros alimentos
Hacia los 12 MESES DE EDAD	<ul style="list-style-type: none"> ◆ No emite sonidos ante la presencia de otras personas ◆ No sigue con la mirada objetos en movimiento ◆ Apatía e indiferencia frente a la presencia del cuidador ◆ Falta de apetito o rechazo de los alimentos
Hacia los 2 AÑOS DE EDAD	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Indiferencia a la presencia de otras personas ◆ Falta de equilibrio al caminar ◆ Heridas y cambios de comportamiento sin explicación (especialmente si el niño ha estado bajo el cuidado de otras personas) ◆ Falta de apetito
Hacia los 3 AÑOS DE EDAD	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pérdida del interés en jugar ◆ Caídas frecuentes ◆ Dificultad para manipular objetos pequeños ◆ Incapacidad para entender mensajes sencillos ◆ Incapacidad para hablar usando varias palabras ◆ Poco o ningún interés en la comida
Hacia los 5 AÑOS DE EDAD	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Temor, ira o violencia al jugar con otros niños, lo cual podría apuntar a problemas emocionales o maltrato
Hacia los 8 AÑOS DE EDAD	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dificultad para hacerse de amigos o para conservarlos y participar en actividades grupales ◆ Renuencia a emprender o siquiera intentar una tarea o una actividad difícil, o mostrarse desvalido ◆ Dificultad para comunicar sus necesidades, pensamientos y emociones ◆ Dificultad para concentrarse en los quehaceres o para comprender y completar las tareas escolares ◆ Agresividad o timidez excesivas frente a amigos y familiares

Fuente: *Para la vida* (UNICEF, OMS, UNESCO, UNFPA, PNUD, ONUSIDA, PMA y Banco Mundial, 2010).

Harmful Use of Alcohol and Drugs

ADR



La evaluación y el manejo de la abstinencia del alcohol, riesgoso para la vida, se explican en el recuadro SUB 1 en la página XX.

El consumo de alcohol o drogas (por ejemplo, opiáceos* (como la heroína), marihuana*, anfetaminas*, khat* , y diversos medicamentos sujetos a prescripción médica, como las benzodiazepinas* y el tramadol*) puede dar origen a diversos problemas. Entre ellos se encuentran el síndrome de *abstinencia* (síntomas físicos y mentales que aparecen cuando la sustancia se suspende o se reduce bruscamente), la *dependencia** y el *consumo nocivo* (con daño a la salud física o mental o al bienestar general). El consumo de alcohol o drogas es nocivo cuando causa trastornos físicos o mentales, comportamientos de riesgo para la salud , problemas familiares o conyugales, violencia sexual y física, accidentes, maltrato y negligencia de menores, dificultades económicas y otros problemas ligados a la desprotección. La prevalencia del consumo nocivo de alcohol o de drogas puede aumentar durante las crisis humanitarias debido a que en ellas los adultos y los adolescentes a menudo recurren a la automedicación* para sobrellevar el estrés, las pérdidas y el dolor.

Las situaciones de emergencia pueden ocasionar una reducción del abastecimiento de alcohol y de drogas, lo cual explica por qué aparecen, de manera repentina, síntomas de abstinencia potencialmente mortales en personas que han consumido sustancias durante mucho tiempo a dosis relativamente altas. Esto sucede especialmente en casos de consumo de alcohol.

El presente módulo se centra en el consumo *nocivo de alcohol y drogas*, e incluye un recuadro sobre la *abstinencia del alcohol con riesgo para la vida* (>> recuadro SUB 1). Para explorar distintos aspectos del consumo de alcohol y de drogas, consulte los módulos correspondientes en la versión completa de la *Guía de intervención mhGAP*.

Motivos de consulta característicos

- » **Aspecto de estar bajo la influencia del alcohol o drogado (tener, por ejemplo, olor a alcohol, aspecto de embriaguez, agitación, movimientos nerviosos constantes, falta de energía, dificultad para hablar, aspecto desaliñado, pupilas dilatadas o contraídas*)**
- » **Traumatismos recientes**
- » **Signos de uso de drogas inyectadas (intravenosas) (marcas de inyección en la piel, infección cutánea)**
- » **Demanda de somníferos o de analgésicos.**

Pregunta 1. ¿ Hay daño mental, o físico y /o al bienestar general como resultado del consumo de alcohol o drogas?

- » **Investigue, si la persona consume alcohol o drogas procurando no emitir juicios de valor.**
 - » Pregunte acerca de:
 - ♦ **La cantidad y las características del uso**
 - ▶ ¿Toma bebidas alcohólicas? Si lo hace, ¿de qué tipo? ¿Cuántos tragos bebe a la semana (al mes)?
 - ▶ ¿Toma pastillas para dormir, pastillas para la ansiedad o analgésicos que se consiguen solamente con receta? ¿De qué tipo? ¿Cuántas pastillas al día (a la semana)?
 - ▶ ¿Usa drogas ilícitas? ¿De qué tipo? ¿Cómo las consume? ¿Por boca, inyectándose, inhalándolas? ¿En qué cantidad o cuántas veces al día (a la semana)?
 - ♦ **Los factores que impulsan a la persona a beber alcohol o drogarse**
 - ▶ ¿Qué lo lleva a beber o a usar drogas?
 - ♦ **Los daños causados a sí mismo y a los demás**
 - ▶ Problemas médicos o traumatismos que hayan sido **consecuencia** del consumo de alcohol o drogas
 - ▶ ¿Ha tenido problemas de salud desde que comenzó a consumir alcohol o a usar drogas?
 - ¿Alguna vez se ha dañado mientras estaba bajo la influencia del alcohol o de una droga?
 - ▶ Consumo continuo de alcohol o drogas a pesar de las recomendaciones de suspenderlo
 - Pese a estar la mujer embarazada o amamantando
 - Cuando se le explicó que tenía dañado el estómago o el hígado debido al consumo de alcohol o drogas
 - Cuando estaba tomando medicamentos – por ejemplo, un sedante, un analgésico o un fármaco antituberculoso– que interactúan peligrosamente con el alcohol y las drogas
 - ▶ Problemas sociales **como resultado** del consumo de alcohol o drogas:
 - Problemas económicos o legales
 - ¿Alguna vez ha tenido problemas de dinero o ha cometido un delito debido al consumo de alcohol o de drogas?
 - Problemas ocupacionales
 - ¿Alguna vez ha perdido empleo o le ha ido mal en el trabajo debido al consumo de alcohol o de drogas?
 - Dificultad para cuidar a sus hijos u otras personas dependientes
 - ¿Alguna vez le ha resultado difícil cuidar de sus hijos o de su familia debido al consumo de alcohol o de drogas?
 - Violencia hacia los demás
 - ¿Alguna vez ha lastimado a alguien mientras consumía alcohol o drogas?
 - Problemas con la pareja o el cónyuge
 - ¿Alguna vez el consumo de alcohol o de drogas lo ha llevado a pelear con su pareja?
- » **Realice una exploración física general rápida** para buscar signos del consumo crónico de alcohol o drogas:
 - ♦ Hemorragia del aparato digestivo
 - ▶ dolor abdominal
 - ▶ vómito sanguinolento
 - ▶ heces sanguinolentas o negras.
 - ♦ Hepatopatía
 - ▶ Grave: ictericia, ascitis*, hígado y bazo agrandados y endurecidos, encefalopatía hepática*.
 - ♦ Desnutrición, gran pérdida de peso.
 - ♦ Signos de infecciones asociadas con el consumo de drogas (por ejemplo, infección por el VIH, hepatitis B o C, infecciones cutáneas en el sitio de inyección, o tuberculosis).
- » **Evalúe si la persona consume alcohol y también drogas, cosa que ocurre con frecuencia.**

Plan de manejo básico

1. Maneje los efectos nocivos del consumo de alcohol o drogas

- » Proporcione la **atención médica** necesaria para mitigar los efectos físicos del consumo nocivo de alcohol o drogas.
- » Trate cualquier **trastorno mental concomitante**, como el trastorno depresivo moderado a grave, **TEPT** y psicosis (>> **DEP, TEPT, PSI**).
- » Atender las consecuencias sociales urgentes (por ejemplo, servir de enlace con los servicios de protección cuando hay maltrato, como en casos de violencia de género).

2. Evalúe qué motiva a la persona a suspender o reducir el consumo de alcohol o drogas

- » **Determine si la persona considera el consumo de alcohol o drogas como algo problemático y si está preparada para tomar medidas al respecto.**
 - ♦ *¿Cree que puede tener un problema con el alcohol o las drogas?*
 - ♦ *¿Ha contemplado suspender o reducir su consumo de alcohol o drogas?*
 - ♦ *¿Alguna vez ha tratado de suspender o reducir el consumo de alcohol o drogas?*

3. Motive a la persona a suspender o reducir el consumo de alcohol o de las drogas

- » Inicie una **breve conversación motivacional** acerca del consumo nocivo de sustancias psicoactivas:
 - ♦ Pregunte acerca de las **ventajas e inconvenientes** del consumo de alcohol o de drogas, **según los percibe la persona**. No emita juicios de valor, pero procure comprender lo que motiva a la persona a consumir alcohol o drogas.
 - *¿Qué tipo de placer le produce beber alcohol o usar drogas?*
 - *¿Le parece que el consumo de alcohol o drogas tenga alguna consecuencia adversa?*
 - *¿Alguna vez se ha arrepentido de su consumo de alcohol o de drogas?*
 - ♦ **Refute** cualquier idea exagerada en torno a los beneficios del consumo de alcohol o drogas. Por ejemplo, si la persona bebe o consume drogas para olvidar sus problemas, dígame:
 - *¿Olvidarse de los problemas es una buena solución? ¿Hace que el problema desaparezca?*
 - ♦ **Destaque** algunos aspectos negativos del consumo de alcohol y drogas que la persona pueda haber subestimado.
 - *¿Cuánto dinero gasta en el alcohol o las drogas? ¿A la semana? ¿Al mes? ¿Al año? ¿Para qué otra cosa podría usar ese dinero?*
 - ♦ **Proporcione** información adicional sobre los efectos perjudiciales del alcohol y de las drogas, tanto en el corto como en el largo plazo.
 - *El consumo de alcohol y de drogas puede causar graves problemas físicos y mentales, incluidos los traumatismos y la adicción.*
 - ♦ **Reconozca** que abandonar el consumo de alcohol y drogas es difícil. Hágale saber a la persona que desea ayudarla. Aliente a las personas a decidir por sí mismas si les conviene o no abandonar el consumo de alcohol y drogas.
 - ♦ Si la persona no está preparada para abandonar o reducir el consumo de alcohol o de drogas, respete su decisión. Pídale a la persona que regrese en otro momento para seguir conversando.
- » **Repita** las conversaciones motivacionales breves aquí descritas a lo largo de varias sesiones.

4. Examine las distintas maneras de reducir o suspender el consumo nocivo de sustancias

- » Examine las siguientes estrategias:
 - ♦ No tener bebidas alcohólicas o drogas en la casa.
 - ♦ No concurrir a ningún sitio donde las personas puedan consumir bebidas alcohólicas o drogas.
 - ♦ Pedirles apoyo a los cuidadores y amigos.
 - ♦ Pedirles a los cuidadores que acompañen a la persona a las consultas de seguimiento.
 - ♦ Estimular la participación en actividades sociales donde no haya alcohol o drogas.
- » Considere la remisión a un grupo de apoyo mutuo para personas que consumen alcohol o drogas, si lo hubiere.
- » Si la persona acepta dejar de consumir bebidas alcohólicas o drogas, adviértale que puede sufrir síntomas de abstinencia pasajeros (es decir, de menos de una semana de duración). Descríble los síntomas (por ejemplo, ansiedad y agitación después de suspender los opiáceos, las benzodiazepinas o el alcohol). Recomiéndele que regrese al dispensario si los síntomas son severos.

5. Preste apoyo psicosocial según las pautas descritas en la sección “Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social” (>> “Principios generales de la atención”)

- » Preste atención a los factores de estrés existentes.
- » Fortalezca el apoyo social.
- » Enseñe técnicas para el manejo del estrés.

6. Lleve a cabo seguimientos con regularidad

- » Siga proporcionando apoyo; converse y colabore con la persona y sus cuidadores acerca de la reducción o suspensión del consumo de alcohol o drogas. Programe y lleve a cabo sesiones de seguimiento con regularidad (>> “Principios del tratamiento” bajo “Principios generales de la atención”).



Recuadro ADR 1. Evaluación y tratamiento de la abstinencia del alcohol potencialmente mortal

Motivos de consulta característicos de una persona con abstinencia del alcohol con riesgo para la vida

- » Agitación, ansiedad intensa
- » Confusión o alucinaciones* (ver, oír o sentir cosas inexistentes)
- » Convulsiones o crisis epilépticas
- » Aumento de la presión arterial (por ejemplo, > 180/100 mm Hg) o de la frecuencia cardíaca (por ejemplo, > 100 latidos por minuto).

Evaluación de la abstinencia del alcohol con riesgo para la vida

Pregunta 1. ¿Está presente un síndrome de abstinencia del alcohol?

- » Descarte y trate otras causas que puedan explicar los síntomas, como por ejemplo:
 - ♦ paludismo, infección por el VIH o SIDA, otras infecciones, traumatismo craneoencefálico, anomalías metabólicas* (por ejemplo, hipoglucemia*, hiponatremia*), encefalopatía hepática, hipertiroidismo*, accidentes cerebrovasculares, consumo de drogas (por ejemplo, anfetaminas), antecedentes de psicosis o de epilepsia.
- » Si quedan descartadas las causas anteriores, explore los antecedentes relacionados con el consumo de alcohol preguntándoles lo siguiente a la persona y a los cuidadores:
 - ♦ ¿Consume alcohol la persona?
 - ♦ ¿Cuándo fue la última vez que bebió?
 - ♦ ¿Cuánto suele beber?
- » Puede que se trate de una abstinencia del alcohol si los síntomas aparecieron después de haberse suspendido el consumo de alcohol normal o excesivo. El cuadro suele presentarse 1 o 2 días después de la ingesta de alcohol más reciente.
 - ♦ Si la persona tiene crisis convulsivas o alucinaciones y no se sospecha abstinencia del alcohol, compruebe la posible presencia de epilepsia (>> EPI) o psicosis (>> PSI).

Pregunta 2. Si la persona tiene un cuadro de abstinencia del alcohol, ¿se trata de una abstinencia con riesgo para la vida?

- » Compruebe si hay manifestaciones que puedan poner en peligro la vida:
 - ♦ Convulsiones o crisis epilépticas (generalmente en las primeras 48 horas)
 - ♦ Delirio* (generalmente en las primeras 96 horas)
 - ▶ confusión repentina, desorientación
 - ▶ alucinaciones.
- » Determine si la persona corre un riesgo elevado de sufrir en los próximos dos días manifestaciones que pongan en peligro su vida (convulsiones o delirio):
 - ♦ Ya ha tenido manifestaciones de este tipo (convulsiones o delirio), o bien
 - ♦ Presenta síntomas de abstinencia graves:
 - ▶ gran agitación, irritabilidad o ansiedad
 - ▶ sudación intensa, temblor de manos
 - ▶ aumento de la presión arterial (por ejemplo, > 180/100 mm Hg) o de la frecuencia cardíaca (por ejemplo, > 100 lpm).



Si se sospecha que la persona padece delirio por abstinencia del alcohol, aplique el plan de intervención de urgencia para este trastorno cuando representa un riesgo para la vida (véase a continuación) y organice su traslado acompañado al hospital más cercano.

Plan terapéutico de urgencia para la abstinencia del alcohol con riesgo para la vida

1. Trate de inmediato la abstinencia del alcohol con diazepam (>> cuadro ADR 1)

- » La dosis de diazepam depende de la tolerancia* de la persona al medicamento, la gravedad de los síntomas de abstinencia y la presencia de afecciones físicas concomitantes.
 - ♦ Ajuste la dosis según el efecto observado. La dosis adecuada es la que provoca sedación leve.
 - ▶ Una dosis demasiado alta puede causar sedación excesiva y deprimir la respiración. Controle a menudo la frecuencia respiratoria y la profundidad de la sedación (por ejemplo, somnolencia).
 - ▶ Una dosis demasiado baja pone a la persona en riesgo de sufrir crisis epilépticas o delirio.
- » Vigile regularmente (cada 3 o 4 horas) los síntomas de abstinencia. Siga administrando diazepam hasta que desaparezcan los síntomas (por lo general a los tres o cuatro días, o siete a más tardar).
- » En el caso de una crisis convulsiva por abstinencia, no administre antiepilépticos. Siga usando diazepam.
- » Los síntomas de **delirio**, tales como confusión, agitación o alucinaciones, pueden persistir varias semanas después de que ya han desaparecido los otros síntomas de abstinencia alcohólica. En ese caso, considere la conveniencia de administrar **antipsicóticos** como el **haloperidol**, a una dosis de 2,5 a 5 mg por vía oral, no más de tres veces al día, hasta que no haya más confusión, agitación ni alucinaciones. En algunos casos, pueden transcurrir varias semanas antes de que desaparezcan las alucinaciones y la confusión. Procure no excederse en la sedación.

- » Si es posible, prepare un ambiente tranquilo y bien iluminado con pocos estímulos. Procure que haya un poco de luz incluso de noche para evitar una caída si la persona se levanta. Considere la posibilidad de colocar a la persona en un colchón en el suelo para evitar que se lastime. De ser posible, pídale a un cuidador que acompañe a la persona y la vigile. En la medida posible, evite la restricción física.

2. Trate la desnutrición

- » Administre vitamina B1 (tiamina), 100 mg diarios por vía oral durante cinco días.
- » Evalúe y trate la desnutrición.

3. Mantenga la hidratación

- » Si es posible, administre una solución intravenosa.
- » Fomente la ingesta de líquidos (por lo menos 2 o 3 litros al día).

4. Cuando haya pasado el riesgo para la vida debido al estado de abstinencia, evalúe y trate el consumo nocivo de alcohol y drogas (consulte el texto principal de este módulo).

Cuadro ADR 1. Uso de diazepam para tratar la abstinencia del alcohol potencialmente mortal

Medicamento	Diazepam ^a
Dosis inicial	10 a 20 mg hasta un máximo de 4 veces al día durante 3 a 7 días.
Dosis posterior	Disminuya gradualmente la dosis, la frecuencia, o ambas, tan pronto mejoren los síntomas. Evalúelas regularmente, ya que las personas responden de maneras muy distintas a este medicamento.
Vía de administración	Oral
Efectos secundarios graves pero poco frecuentes	Depresión respiratoria*, alteración profunda de la conciencia Advertencia: vigile a menudo la frecuencia respiratoria y el nivel de sedación.
Efectos secundarios frecuentes	Somnolencia, amnesia, alteración de la conciencia, debilidad muscular Advertencia: no administre otra dosis si la persona está somnolienta.
Advertencias aplicables a grupos específicos	Administre de una cuarta parte a la mitad de la dosis recomendada para personas de edad. No lo use en personas con problemas respiratorios.

^a Está incluido en el Botiquín Médico Interinstitucional de Emergencia (OMS, 2011).

Suicidio

SUI

Los problemas mentales, el sufrimiento emocional intenso y la desesperanza son comunes en las crisis humanitarias. Estos problemas pueden llevar al suicidio* o a la autolesión*. Algunos trabajadores de la salud temen, equivocadamente, que preguntarle a una persona si ha contemplado el suicidio la impulsará a tratar de suicidarse. En realidad sucede lo contrario; conversar acerca del suicidio a menudo reduce la ansiedad de la persona en torno a sus pensamientos suicidas, la ayuda a sentirse comprendida, y le brinda la oportunidad de explorar el problema más a fondo.

Los adultos y los adolescentes que padecen cualquiera de los trastornos mentales, neurológicos o relacionados con el consumo de sustancias tratados en esta guía corren el riesgo de suicidarse o autolesionarse.

Motivos de consulta característicos en personas que presentan riesgo de suicidio o autolesión

- » **Gran perturbación o angustia**
- » **Profundos sentimientos de desesperación o tristeza**
- » **Antecedentes de intento de autolesión (por ejemplo, intoxicación aguda por plaguicidas, sobredosis medicamentosa, heridas auto-infligidas).**

Evaluación

Pregunta 1. ¿La persona ha intentado suicidarse o autolesionarse en fecha reciente?

- » Compruebe si presenta:
 - ♦ **Envenenamiento**, intoxicación alcohólica o por uso de drogas, sobredosis medicamentosa u otras formas de autolesión
 - ♦ **Signos que requieren tratamiento médico urgente**
 - ▶ Hemorragia por alguna herida auto-infligida
 - ▶ Pérdida del conocimiento
 - ▶ Letargo intenso.

Pregunta 2. ¿Hay un riesgo inminente de suicidio o autolesión?

- » Pregúntele a la persona o a sus cuidadores acerca de:
 - ♦ Las ideas o planes de suicidio (en el presente o en el último mes).
 - ♦ Los actos de autolesión en el último año.
 - ♦ El acceso a los medios para suicidarse (por ejemplo, plaguicidas, sogas, armas, cuchillos, medicamentos prescritos o drogas ilícitas).
- » Compruebe la presencia de:
 - ♦ Sufrimiento emocional profundo o desesperanza
 - ♦ Comportamiento violento o agitación extrema
 - ♦ Retraimiento o renuencia a comunicarse.
- » Se considera que la persona se encuentra **en riesgo inminente** de suicidio o autolesión si está presente cualquiera de los siguientes síntomas:
 - ♦ **Ideas**, planes o actos suicidas **en el momento actual**.
 - ♦ Ideas o planes de autolesión en el último mes o intentos de autolesión en el último año en una persona que ahora se encuentra sumamente agitada, violenta, perturbada o angustiada.

Pregunta 3. ¿Está presente alguna afección concomitante que se asocie con la tendencia al suicidio o la autolesión?

- » Evalúe y trate cualquier posible afección concomitante:
 - ♦ Dolor crónico o discapacidad (por ejemplo, como resultado de heridas sufridas durante la emergencia humanitaria)
 - ♦ Trastorno depresivo moderado a grave (>> DEP)
 - ♦ Psicosis (>> PSI)
 - ♦ Consumo nocivo de alcohol o drogas (>> ADR)
 - ♦ Trastorno por estrés postraumático (>> TEPT)
 - ♦ Sufrimiento emocional intenso (>> EAG, DUE, OTR).

Recuadro SUI 1. Cómo hablar acerca del suicidio o la autolesión

1. Prepare un entorno seguro y privado donde la persona pueda sentir comodidad.

- » No juzgue a la persona por tener tendencias suicidas.
- » Ofrezca conversar a solas o en presencia de otras personas de su elección.

2. Plantee una serie de preguntas cuya respuesta lleve de manera natural a otra pregunta. Por ejemplo:

- » [Empiece con el momento presente.] *¿Cómo se siente?*
- » [Haga alusión a los sentimientos de la persona.] *Se ve triste (alterado). Quiero hacerle unas cuantas preguntas al respecto.*
- » *¿Cómo ve su porvenir? ¿Qué expectativas tiene para el futuro?*
- » *Algunas personas con problemas parecidos al suyo me han contado que para ellos la vida no vale la pena. Cuando se acuesta a dormir, ¿lo hace deseando no despertar nunca más?*
- » *¿Piensa en hacerse daño?*
- » *¿Ha elaborado un plan para quitarse la vida?*
- » *En ese caso, ¿cómo se propone hacerlo?*
- » *¿Tiene con qué quitarse la vida?*
- » *¿Ha pensado en cuándo lo va a hacer?*
- » *¿Ha intentado suicidarse alguna vez?*

3. Si la persona expresa ideas suicidas:

- » Mantenga una actitud tranquila y solidaria.
- » No haga promesas falsas.

Plan de manejo básico

1. Si la persona ha intentado suicidarse, proporciónese la atención médica, la vigilancia y el apoyo psicosocial necesarios

» Proporcione atención médica:

- ♦ Trate a las personas que se han auto-infligido lesiones con la misma atención y respeto a la privacidad que en otros casos. No las castigue.
- ♦ Trate la lesión o el envenenamiento.
 - ▶ • El tema de la intoxicación aguda por plaguicidas se explica en la obra *Clinical management of acute pesticide intoxication* [Tratamiento clínico del envenenamiento agudo por plaguicidas] (OMS, 2008).
- ♦ En caso de sobredosis de un medicamento recetado cuando aún es necesario administrar un fármaco, sustitúyalo con el medicamento alternativo que sea menos peligroso. Si es posible, recete este nuevo medicamento solamente por periodos breves (por ejemplo, unos pocos días o una semana como máximo) para prevenir otra sobredosis.

» Vigile a la persona continuamente mientras siga estando en riesgo inminente de suicidio (véase a continuación).

» Preste apoyo psicosocial (véase a continuación).

» Si es posible, consulte a un especialista en salud mental.

2. Si la persona está en riesgo inminente de suicidio o autolesión, vigílela y préstele apoyo psicosocial

» Vigile a la persona:

- ♦ Establezca un ambiente donde la persona esté segura y se sienta apoyada. Elimine todos los medios que se puedan utilizar para autolesionarse o suicidarse y, de ser posible, proporciónese una habitación tranquila y separada. Nunca, sin embargo, deje sola a la persona. Los cuidadores u otros miembros del personal de salud **deben acompañarla en todo momento**.
- ♦ No ingrese automáticamente a estas personas en los pabellones médicos generales, a fin de prevenir cualquier intento de suicidio. El personal del hospital no siempre puede vigilar de cerca a una persona con tendencias suicidas. No obstante, si fuera necesario ingresarla en un pabellón médico general para tratar las lesiones auto-infligidas, supervise a la persona cuidadosamente para evitar que intente lesionarse nuevamente.
- ♦ Cualquiera que sea el lugar donde se encuentre la persona, asegúrese de que esté vigilada las 24 horas del día hasta que el riesgo de suicidio inminente haya sido descartado.

» Brinde apoyo psicosocial:

- ♦ No empiece por proponer posibles soluciones a los problemas de la persona. Trate, más bien, de darle ánimo. Dígale, por ejemplo, que:
 - ▶ *Muchas personas que han atravesado situaciones similares a la suya –(que se sentían desesperadas y deseaban estar muertas), más tarde descubrieron que había esperanzas, y sus sentimientos mejoraron con el tiempo.*
 - ♦ Ayude a la persona a nombrar los motivos para seguir viviendo.
 - ♦ Explore juntos las posibles soluciones a los problemas.
 - ♦ Movilice a los cuidadores, amigos, a otras personas de confianza y a los servicios comunitarios para que vigilen y ayuden a la persona si está en riesgo inminente de suicidio. Explíqueles la necesidad de vigilarla las 24 horas del día. Procure que formulen un plan concreto y ejecutable (por ejemplo, quién va a supervisar a la persona a determinadas horas del día).
 - ♦ Ofrezca apoyo adicional psicosocial conforme las pautas descritas en la sección “Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social” (>> “Principios generales de la atención”).
- » Consulte a un especialista en salud mental si es posible.

3. Ocúpese de los cuidadores conforme a las pautas descritas en la sección “Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social” (>> “Principios generales de la atención”)

4. Manténgase en contacto y haga seguimientos con regularidad

- » Asegúrese de que haya **un plan concreto para las sesiones de seguimiento** y que los cuidadores se hagan responsables de que se cumpla (>> *“Principios del tratamiento”* bajo *“Principios generales de la atención”*).
- » Mantenga un contacto periódico con la persona (por ejemplo, por teléfono, mensajes de texto o visitas a domicilio).
- » Haga seguimientos frecuentes al principio (por ejemplo, con frecuencia semanal los dos primeros meses) y disminuya la frecuencia a medida que la persona mejore (cada dos a cuatro semanas).
- » Realice un seguimiento efectivo mientras persista el riesgo de suicidio. En cada ocasión en que haya contacto, evalúe de manera sistemática la presencia de pensamientos y planes suicidas.

Otros Síntomas Emocionales Importantes

OTR

En esta guía se examinan los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias que más a menudo se asocian con las crisis humanitarias. No se abordan, sin embargo, todos los problemas mentales que pueden presentarse. Por consiguiente, este módulo tiene por objetivo proporcionar orientación básica sobre el apoyo inicial de los adultos, adolescentes y niños con síntomas de tipo emocional que no se han abordado en ninguna otra parte de la presente guía.

Los otros síntomas emocionales pueden ser:

- a) diversas molestias corporales sin causa física; y
- b) cambios del estado anímico y del comportamiento preocupantes pero que no cumplen con los criterios relativos a los trastornos presentados en otros módulos de esta guía.

Puede tratarse de manifestaciones de un trastorno depresivo *leve* y de diversos estados subclínicos.

Estos otros síntomas emocionales se consideran *importantes* cuando ocasionan deterioro del funcionamiento diario o cuando la persona busca ayuda para aliviarlos.

Evaluación

Pregunta 1. ¿Está presente alguna causa física que pueda explicar por completo el motivo de consulta?

- » Lleve a cabo una **exploración física general** y pida las pruebas de laboratorio que correspondan.
- » Trate cualquier causa física que haya detectado y vuelva a verificar si los síntomas persisten.

Pregunta 2. ¿Se trata de un trastorno abordado en otro módulo de esta guía?

- » Descarte lo siguiente:
 - ♦ **Síntomas de estrés agudo (>> EAG)** de importancia
 - ▶ Características esenciales:
 - una experiencia potencialmente traumática en el último mes;
 - inicio de los síntomas a raíz de la experiencia;
 - búsqueda de ayuda para el alivio de los síntomas o dificultad notable con el funcionamiento diario a causa de estos.
 - ♦ **Síntomas importantes de duelo (>> DUE)**
 - ▶ Características esenciales:
 - inicio de los síntomas después de una pérdida importante;
 - búsqueda de ayuda para el alivio de los síntomas o enormes dificultades para realizar las actividades cotidianas a causa de estos.
 - ♦ **Trastorno depresivo moderado a grave (>> DEP)**
 - ▶ Características esenciales (presentes por lo menos dos semanas):
 - decaimiento persistente;
 - desinterés profundo en las actividades o incapacidad para disfrutarlas, especialmente las que antes resultaban agradables;
 - considerables dificultades para el desenvolvimiento cotidiano a causa de los síntomas.
 - ♦ **Trastorno por estrés postraumático (>> TEPT)**
 - ▶ Características esenciales:
 - una experiencia potencialmente traumática ocurrida hace más de un mes;
 - pesadillas recurrentes, escenas retrospectivas* o recuerdos intrusivos* de los sucesos, acompañados de temor intenso o pavor;
 - evitación deliberada de todo lo que haga recordar el suceso;
 - sensación exagerada de estar en peligro (estado exacerbado de preocupación y de alerta o reacción desproporcionada frente a los ruidos fuertes o los movimientos repentinos);
 - considerables dificultades para realizar las actividades cotidianas a causa de los síntomas.
 - ♦ **Consumo nocivo de alcohol o drogas (>> ADR)**
 - ▶ Característica esencial:
 - Consumo de alcohol o drogas con efectos perjudiciales para la persona o para los demás.
 - ♦ **Suicidio o autolesión (>> SUI)**
 - ▶ Características esenciales:
 - actos de autolesión o pensamientos y planes de suicidio en el momento actual, o bien
 - pensamientos, planes y actos de autolesión recientes en una persona que está muy perturbada, agitada, renuente a comunicarse o retraída.
 - » Si se sospecha cualquiera de los problemas anteriores, consulte el módulo pertinente acerca de la evaluación y el tratamiento.
 - » **Si 1) se ha descartado toda causa física; 2) se ha descartado todo trastorno mental, neurológico y por uso de sustancias tratado en otros módulos; y 3) la persona está pidiendo ayuda para aliviar sus síntomas o se le dificulta mucho el funcionamiento diario a causa de ellos, lo que tiene la persona es un problema de los que en esta guía están comprendidos bajo "otros síntomas emocionales importantes".**
 - ♦ Suelen ser necesarias varias consultas para descartar una causa física y los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias ya mencionados.

Pregunta 3. Si la persona es un adolescente, ¿tiene un problema de comportamiento?

- » **Entreviste al adolescente y a sus cuidadores para evaluar los problemas de conducta persistentes o alarmantes.** Los siguientes son algunos ejemplos:
 - ♦ Tendencia a iniciar episodios de violencia
 - ♦ Consumo de drogas
 - ♦ Acoso de sus compañeros o crueldad con ellos
 - ♦ Vandalismo
 - ♦ Comportamiento sexual peligroso.
- » Si el adolescente tiene un problema de comportamiento, siga indagando acerca de:
 - ♦ La presencia de factores extremadamente estresantes, ya sea en el pasado o en el presente (por ejemplo, abuso sexual).
 - ♦ La crianza que recibió de los padres (si se vio caracterizada por actitudes contradictorias o una disciplina muy severa, escaso apoyo emocional, poca supervisión, trastorno mental en el cuidador).
 - ♦ La manera en que el adolescente pasa la mayor parte del tiempo. Pregúntele:
 - ▶ [si trabaja o va a la escuela] *¿Cómo te distraes después de salir del trabajo o la escuela? ¿A qué actividades te dedicas con regularidad?*
 - ▶ *¿Te sientes aburrido a menudo? ¿Qué haces cuando estás aburrido?*

Plan de manejo básico



**No recete medicamentos para tratar las dolencias comprendidas bajo “otros síntomas emocionales importantes” (a no ser que lo asesore un especialista).
No administre inyecciones de vitamina u otros tratamientos ineficaces.**

1. En todos los casos (ya sean emocionales, físicos o conductuales los problemas que tiene la persona) preste apoyo psicosocial básico conforme a las pautas descritas en la sección “Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social” (>> “Principios generales de la atención”)

- » Atienda los factores psicosociales de estrés que estén presentes.
- » Fortalezca el apoyo social.
- » Enseñe técnicas para el manejo del estrés.

2. Cuando no se detecte ningún problema físico que pueda explicar por completo el síntoma somático que llevó a la consulta, reconozca que los síntomas son reales y procure dar posibles explicaciones

- » No pida más pruebas de laboratorio ni de otro tipo a **no ser que haya una indicación médica clara** (por ejemplo, signos vitales anormales).
 - ♦ Pedir pruebas innecesarias puede hacer que la persona se incline más a pensar que hay un problema físico.
 - ♦ Las pruebas médicas pueden tener efectos secundarios adversos.
- » Avísele a la persona que no se le ha encontrado ninguna enfermedad importante. Comuníquele los resultados clínicos y de laboratorio normales.
 - ♦ *No encontramos ningún problema físico. No veo necesidad de hacer más pruebas en este momento.*
- » Si la persona insiste en que le hagan más pruebas, considere la conveniencia de decirle que:
 - ♦ *Hacer pruebas sin necesidad puede ser perjudicial por la preocupación innecesaria y los efectos secundarios que las pruebas pueden generar.*
- » **Reconozca que los síntomas no son imaginarios** y que sigue siendo importante tratar los síntomas que son muy molestos.
 - » Pídale a la persona que **dé su propia explicación** de la causa de los síntomas. Pueden surgir pistas que ayuden a precisar la causa, además de que puede sentar las bases para una relación de confianza con la persona y mejorar la observancia del tratamiento.
 - » Explíquelo que el sufrimiento emocional o el estrés a menudo se acompañan de sensaciones físicas (dolor abdominal, tensión muscular, etc.). Analice la potencial conexión entre las emociones o el estrés que siente la persona y sus síntomas.
 - » Estimule a la persona a continuar con sus actividades diarias (o a reanudarlas gradualmente).
 - » Acuérdesse también de aplicar las pautas descritas en la sección “Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social” (>> “Principios generales de la atención”).

3. Si la persona es un adolescente con problemas de conducta

- » **Tómese el tiempo necesario para escuchar** al adolescente describir su percepción del problema (de preferencia sin que estén presentes los cuidadores).
- » **Imparta orientación psicológica** al adolescente y sus cuidadores. Explíqueles lo siguiente:
 - ♦ Los adolescentes a veces adoptan comportamientos problemáticos cuando están enojados, aburridos, ansiosos o tristes. Pese a ello, necesitan atención y apoyo constante.
 - ♦ Los cuidadores deben hacer todo lo posible por comunicarse con el adolescente, aunque resulte difícil.
 - ♦ Mensajes específicos para los cuidadores:
 - ▶ *Procure encontrar actividades beneficiosas y agradables que usted y el adolescente puedan llevar a cabo juntos.*
 - ▶ *No sea ambivalente respecto a las cosas que el adolescente tiene permitidas y las que no tiene permitidas.*
 - ▶ *Elogie o recompense al adolescente por portarse bien y corrija únicamente las conductas problemáticas.*
 - ▶ *No recurra nunca al castigo corporal. Procure elogiar más la buena conducta que censurar la mala conducta.*
 - ▶ *No se enfrente al adolescente cuando usted se sienta muy molesto. Espere hasta calmarse.*
- ♦ Puntos específicos que cabe abordar con el adolescente:
 - ▶ Hay formas provechosas de lidiar con el aburrimiento, el estrés o la ira (por ejemplo, emprendiendo actividades relajantes, manteniéndose activo físicamente, participando en actividades comunitarias).
 - ▶ Puede ser útil contarles a las personas de confianza que se siente enojado, aburrido, ansioso o triste.
 - ▶ El consumo de alcohol y de otras sustancias pueden empeorar los sentimientos de ira y de depresión, y deben evitarse.
- » Promueva la participación en:
 - ♦ la educación formal e informal;
 - ♦ actividades concretas, provechosas y de interés colectivo (por ejemplo, construir albergues);
 - ♦ programas deportivos estructurados.
- » • Acuérdese también de aplicar a este grupo de adolescentes y sus cuidadores las pautas descritas en la sección *“Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social”* (>> *“Principios generales de la atención”*).

4. Seguimiento

- » Indíquele a la persona que regrese si los síntomas persisten, empeoran o se vuelven insoportables.
- » Si no se advierte ninguna mejoría o si la persona o su cuidador insisten en que se hagan más pruebas y un nuevo tratamiento, consulte a un especialista.

1. Epilepsia y crisis epilépticas

Una persona con epilepsia tiene por lo menos dos crisis convulsivas sin causa aparente, como la fiebre, una infección, un traumatismo o la abstinencia del alcohol. Estos episodios se caracterizan por la pérdida del conocimiento y el temblor de las extremidades, a veces acompañados de lesiones físicas, incontinencia urinaria o fecal y mordedura de la lengua.

2. Trastorno por el consumo de alcohol u otras sustancias

Una persona con un trastorno de este tipo busca consumir alcohol u otras sustancias adictivas y tiene dificultad para controlar el consumo. A menudo las relaciones personales, el desempeño laboral y la salud física se deterioran. La persona sigue consumiendo alcohol u otras sustancias adictivas a pesar de estos problemas.

3. Discapacidad intelectual

La persona tiene limitaciones intelectuales, lo cual le ocasiona problemas en la vida cotidiana. En la niñez, aprende a hablar con demasiada lentitud. En la adultez, puede trabajar si las tareas son sencillas. Raras veces podrá vivir de manera independiente o cuidar de sí misma o de otras personas a su cargo sin el apoyo de los demás. Cuando la discapacidad es grave, la persona puede tener dificultades para hablar y para entender a otros, y puede requerir asistencia constante.

4. Trastorno psicótico (incluida la manía)

La persona puede oír o ver cosas que no existen o creer con vehemencia en cosas falsas. Puede hablar sola, o con un discurso confuso o incoherente. Puede tener aspecto inusual o descuidado. Alternativamente, puede atravesar períodos de euforia, irritabilidad, hiperactividad, verbosidad o extrema imprudencia. Su comportamiento se considera sumamente raro o extraño por otras personas de su misma cultura. En esta categoría se encuentran la psicosis aguda, la psicosis crónica, la manía y el delirio.

5. Trastorno emocional o depresión moderada a grave

El funcionamiento diario habitual de la persona con este trastorno se deteriora perceptiblemente por más de dos semanas debido a: a) tristeza o apatía abrumadora o b) ansiedad o temor exagerado e incontrolable. A menudo se ven afectadas las relaciones interpersonales, el apetito, el sueño y la concentración. La persona puede quejarse de cansancio extremo y retraerse socialmente, a menudo quedándose en cama casi todo el día. Las ideas suicidas son frecuentes.

En esta categoría se incluyen a las personas con formas discapacitantes de depresión, trastornos de ansiedad y trastorno por estrés postraumático (caracterizado por la sensación de estar reviviendo la experiencia traumática, la evitación y un estado de hipervigilancia). Las molestias propias de otras formas más leves de estos trastornos se clasifican bajo "otros síntomas emocionales importantes".

6. Otros problemas psicológicos

En esta categoría figuran los problemas relacionados con las emociones (por ejemplo, ánimo deprimido, ansiedad), los pensamientos (por ejemplo, rumia excesiva, falta de concentración) o el comportamiento (por ejemplo, inactividad, agresividad, evitación).

La persona tiende a desenvolverse bien en la mayoría de las actividades cotidianas habituales. La queja puede ser síntoma de un trastorno emocional menos grave (por ejemplo, formas leves de depresión, de trastorno de ansiedad o de trastorno por estrés postraumático) o puede representar un malestar normal o comprensible (es decir, la ausencia de un trastorno).

Criterios de inclusión: esta categoría debe aplicarse únicamente si a) la persona está solicitando ayuda para aliviar sus molestias y b) la persona no satisface los criterios para pertenecer a una de las cinco categorías anteriores.

7. Síntoma somático sin explicación médica

Esta categoría abarca cualquier molestia somática o física sin causa orgánica aparente.

Criterios de inclusión: esta categoría debe aplicarse únicamente a) después de llevar a cabo los exámenes físicos necesarios; b) si la persona no cumple los criterios para pertenecer a una de las seis categorías anteriores y c) si la persona está solicitando ayuda a causa de sus molestias.

Acatisia	Sensación subjetiva de desasosiego, a menudo acompañada de movimientos excesivos observables (por ejemplo, mover las piernas nerviosamente, balancearse de un pie al otro, caminar de aquí para allá, incapacidad para permanecer sentado o quedarse quieto).
Activación conductual	Tratamiento psicológico con el que se busca mejorar el estado de ánimo de la persona mediante la reanudación, de actividades específicas antes muy apreciadas por ella pese a su temporal depresión. Puede usarse como tratamiento independiente o como componente de la psicoterapia conductual cognoscitiva.
Alucinación	Percepción falsa de la realidad: ver, oír, sentir, oler o saborear cosas inexistentes.
Anfetaminas	Grupo de medicamentos estimulantes del sistema nervioso central. Pueden aumentar la agudeza mental y la sensación de estar despierto. Se pueden usar como base para el tratamiento de algunas enfermedades, pero también son drogas psicotrópicas de uso ilícito que pueden producir alucinaciones, depresión y efectos cardiovasculares.
Anomalías metabólicas	Anormalidades hormonales, o de los minerales, electrolitos o vitaminas en el organismo.
Antidepresivos tricíclicos (ATC)	Antidepresivos tricíclicos: categoría de medicamentos antidepresivos que bloquean la recaptación de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina. Algunos ejemplos son la amitriptilina y la clomipramina.
Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)	Categoría de medicamentos que se utilizan para suprimir la inflamación. A menudo se usan para aliviar el dolor (por ejemplo, el ibuprofeno es un AINE).
Ascitis	Acumulación anormal de líquido en la cavidad abdominal por distintas causas.
ATC	<i>Véase Antidepresivos tricíclicos</i>
Autolesión	Envenenamiento o traumatismo auto-infligido, con o sin la intención de quitarse la vida, y consecuencias mortales o no.
Automedicación	Autoadministración de alcohol o medicamentos (incluidos los de venta por receta) para mitigar los problemas físicos o psicológicos sin consultar a un profesional de la salud.
Benzodiazepinas	Categoría de medicamentos con propiedades sedantes (inductoras del sueño), ansiolíticas, anticonvulsivas y miorelajantes.
Cannabis	Nombre genérico de distintas partes de la planta del cáñamo (<i>Cannabis sativa</i>), de la que se obtienen la marihuana, el hachís y el aceite de hachís. Estos productos se fuman o se ingieren para inducir un estado de euforia, relajamiento y alteraciones de la percepción. Pueden aliviar el dolor. Entre sus efectos nocivos figuran la pérdida de la motivación, la agitación y la paranoia.
Carencia de yodo	Trastorno causado por la falta del yodo necesario para la producción normal de hormonas tiroideas, con efecto adverso sobre el crecimiento y desarrollo.
Choque	Estado en que se altera por completo el sistema circulatorio de una persona como consecuencia de una infección o intoxicación, pudiendo descender la presión arterial a un nivel incompatible con la vida. Los signos son presión arterial baja o indetectable, piel fría, pulso débil o ausente, dificultad respiratoria y alteración de la conciencia.
Cognoscitivo	Adjetivo aplicable a los procesos mentales asociados con el pensamiento, tales como el raciocinio, la memoria, el juicio, la resolución de problemas y el planeamiento .
Comportamiento regresivo	Conducta inapropiada para la edad actual de un niño.. Los ejemplos mas comunes son el orinarse en la cama y apegarse en exceso a su madre.
Crisis epileptoide	Episodio que se asemeja a una crisis epiléptica sin serlo. Puede parecerse mucho por la alteración de la conciencia y los movimientos, aunque es raro que haya mordedura de la lengua, equimosis grandes como consecuencia de una caída o incontinencia. Durante el episodio no se produce la actividad eléctrica cerebral característica de una convulsión epiléptica . Los síntomas no se deben a un trastorno nervioso ni al uso de una sustancia o medicamento psicógenos. En la nueva CIE-11 se contempla incluir estos episodios bajo "trastorno motor con disociación".

¹⁰ Los términos incluidos en este glosario están marcados con un asterisco (*) a lo largo del texto.

¹¹ Las definiciones operativas incluidas en este glosario se han de usar exclusivamente dentro del contexto y límites de la presente obra *Guía de intervención humanitaria mhGAP: el tratamiento clínico de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias (GIH-mhGAP)* (OMS y ACNUR, 2015).

Crisis epiléptica	Episodio de disfunción cerebral debido a descargas eléctricas anormales.
Delirio	Estado mental fluctuante y pasajero, caracterizado por una perturbación de la atención (es decir, menor capacidad para dirigir, enfocar, fijar y desviar la atención) y de la percepción (es decir, con menor conciencia del medio circundante), que se origina en poco tiempo y tiende a fluctuar en el transcurso del día. Va acompañado de otros trastornos de la percepción, la memoria, el pensamiento, las emociones o las funciones psicomotoras. Puede obedecer a causas orgánicas agudas, tales como infecciones, medicamentos, anomalías metabólicas, intoxicación con sustancias psicoactivas o por el correspondiente síndrome de abstinencia.
Dependencia	Las personas experimentan dependencia de una sustancia (estupefaciente, alcohol o tabaco) cuando, privados de ella, padecen síntomas muy molestos de carácter cognoscitivo, conductual y fisiológico. Estos síntomas de abstinencia las llevan a querer seguir consumiendo la sustancia. No pueden controlar el consumo y lo continúan a pesar de sus efectos nocivos.
Depresión de la médula ósea	Supresión de la función de la médula ósea, que puede conducir a deficiencias en la producción de células hemáticas.
Depresión respiratoria	Respiración demasiado lenta que ocasiona insuficiencia de oxígeno. Son causas comunes los traumatismos cerebrales y las intoxicaciones (por ejemplo, por benzodiazepinas).
Desensibilización mediante movimientos oculares rápidos y reprocesamiento (DMOR)	Psicoterapia basada en la idea de que los pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos se originan en recuerdos de sucesos traumáticos que no se han superado. El tratamiento consiste en procedimientos estandarizados, como el de concentrarse simultáneamente en: a) las asociaciones evocadas por las imágenes, pensamientos, emociones y sensaciones corporales del suceso traumático, y b) la estimulación bilateral, que casi siempre consiste en movimientos oculares repetidos.
Efectos secundarios extrapiramidales	Movimientos musculares anormales, casi siempre provocados por los antipsicóticos. Puede haber temblores musculares, rigidez, espasmos o acatisia.
Encefalopatía hepática	Estado mental anormal en el que se producen somnolencia, confusión o coma a causa de una disfunción hepática.
Escena retrospectiva (flashback)	Episodio en el que la persona cree y actúa por un instante como si hubiera regresado al momento en que ocurrió el incidente y lo estuviera reviviendo. Las personas que experimentan escenas retrospectivas pierden brevemente el contacto con la realidad, por lo general por unos cuantos segundos o minutos.
Esteroides	Hormonas disponibles como medicamento que desempeñan funciones importantes como la de suprimir las reacciones inflamatorias a las infecciones, intoxicaciones y otros fenómenos inmunitarios. Algunos fármacos a base de esteroides son los glucocorticoides (por ejemplo, la prednisolona) y los anticonceptivos hormonales.
Hipertiroidismo	Trastorno en el cual la glándula tiroides produce y secreta cantidades excesivas de hormonas tiroideas. Algunos de los síntomas de este trastorno, como el delirio, los temblores, la hipertensión arterial y el aumento de la frecuencia cardíaca, pueden confundirse fácilmente con los del síndrome de abstinencia del alcohol.
Hiperventilación	Respiración excesivamente rápida que lleva a la hipocapnia (descenso del CO ₂ en la sangre). Esto puede producir síntomas característicos: cosquilleo u hormigueo en los dedos y alrededor de la boca, dolor en el pecho y mareo.
Hipoglucemia	Concentración anormalmente baja de glucosa ("azúcar") en la sangre.
Hiponatremia	Concentración anormalmente baja de sodio ("sal") en la sangre.
Hipotensión ortostática	Descenso brusco de la presión arterial que puede producirse cuando uno se sienta o se pone de pie después de haber estado acostado. De ordinario provoca una sensación de mareo o desvanecimiento. No hay peligro de muerte.
Hipotiroidismo	Actividad anormalmente baja de la glándula tiroides. En los adultos puede causar una variedad de síntomas, como cansancio profundo, letargo, aumento de peso y ánimo deprimido, que pueden confundirse con depresión. En un recién nacido, si no se trata, puede causar discapacidad intelectual y retraso del crecimiento.
Idea delirante	Creencia errónea firmemente sostenida por la persona. No resulta modificable mediante argumentos racionales, ni es aceptada por otros miembros de la cultura y subcultura de esa persona (es decir, no responde a su fe religiosa).
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: categoría de medicamentos antidepresivos que bloquean selectivamente la recaptación de serotonina. Esta última es una sustancia química mensajera (neurotransmisora) del cerebro que se cree que afecta al estado de ánimo. La fluoxetina es un ISRS.

Interacción entre medicamento y enfermedad	Trastorno causado por un medicamento recetado para tratar un problema de salud, que causa otra afección en la misma persona.
Interacción medicamentosa	Situación en la que dos medicamentos administrados a una misma persona interactúan entre sí alterando los efectos esperados de uno de ellos o de ambos: pueden reducir su eficacia o intensificar o acelerar sus efectos, e incluso producir intoxicación .
Irritación meningea	Irritación de las capas de tejido que recubren el cerebro y la médula espinal, generalmente a causa de una infección.
ISRS	(véase <i>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina</i>)
Khat	Hojas del arbusto <i>Catha edulis</i> que contienen una sustancia estimulante. Se trata de una droga que se usa con fines recreativos pero también puede ser objeto de abuso y puede crear dependencia.
Luto	Proceso mediante el cual una persona que ha perdido a un ser querido le dedica atención, lo despide y honra su memoria, tanto en privado como en público. El luto por lo general consiste en ritos, como los entierros, y ciertas conductas habituales, tales como cambiar el modo de vestir, no salir de la casa y hacer ayuno.
Maniobra de giro horizontal	Procedimiento para girar a una persona de lado a lado sin doblarle el cuello ni la espalda para evitar lesionar la médula espinal.
Necrólisis epidérmica tóxica	Descamación cutánea potencialmente mortal que suele ser reacción al uso de un medicamento o a una infección. Se asemeja al síndrome de Stevens-Johnson, pero es más grave.
Neuroinfección	Infección del cerebro, la médula espinal o ambos.
Opiáceo	Estupefaciente obtenido de la adormidera o amapola. Los opiáceos son analgésicos muy eficaces pero pueden ser adictivos y crear dependencia. La heroína es un opiáceo.
Orientación para la resolución de problemas	Tratamiento psicológico en el que se hace uso sistemático de técnicas de determinación y resolución de problemas a lo largo de varias sesiones.
Parálisis cerebral	Trastorno de las funciones motoras e intelectuales debido a un daño temprano y permanente del cerebro en desarrollo.
Parálisis sin causa médica aparente	Pérdida de fuerza parcial o completa en cualquier parte del cuerpo sin ninguna causa orgánica identificable.
Politerapia	Administración de más de un medicamento al mismo tiempo para la misma afección.
Primera ayuda psicológica (PAP)	La prestación de asistencia a personas que han atravesado una crisis en época reciente. Consiste en evaluar sus necesidades e inquietudes inmediatas; lograr que se satisfagan sus necesidades físicas básicas; prestarle apoyo social o movilizar las fuentes de apoyo; y protegerla de todo daño adicional.
Psicoterapia conductual cognoscitiva (PCC)	Tratamiento psicológico a base de una combinación de componentes cognoscitivos (orientados a cambiar el modo de pensar mediante, por ejemplo, la detección y corrección de pensamientos negativos infundados) y de componentes conductuales (orientados a cambiar la manera de obrar, mediante, por ejemplo, la prestación de ayuda a la persona para que emprenda actividades más satisfactorias).
Psicoterapia conductual cognoscitiva para el trauma (PCC-T)	Tratamiento psicológico basado en la noción de que las personas que han tenido una experiencia traumática tienen pensamientos y creencias poco útiles en torno a la experiencia y sus efectos. Estos pensamientos y creencias las llevan a evitar de manera infructífera todo lo que les recuerda la experiencia, y a sentirse amenazadas. El tratamiento suele consistir en exponerse a esos recuerdos y tratar de desterrar los pensamientos y creencias inútiles relacionados con el trauma.
Psicoterapia interpersonal (PTI)	Tratamiento psicológico centrado en la relación entre síntomas depresivos y problemas interpersonales, especialmente aquellos en que hay pérdida, conflictos, aislamiento y grandes cambios de vida.
Pupilas dilatadas o contraídas	La pupila (parte negra del ojo) es la abertura en el centro del iris que regula la cantidad de luz que entra en el ojo. Normalmente, las pupilas se contraen (se encogen) en la luz para proteger el fondo del ojo y se dilatan (agrandan) en la oscuridad para permitir que entre en el ojo la mayor cantidad de luz posible. Tener las pupilas dilatadas o contraídas puede ser un signo de estar bajo el efecto de las drogas.
Recuerdos intrusivos	Recuerdos recurrentes, indeseados y angustiantes de un acontecimiento traumático.

Rehabilitación comunitaria (RC)	Conjunto de intervenciones realizadas mediante una estrategia multisectorial de carácter comunitario, que utiliza los recursos e instituciones de la comunidad. El objetivo es lograr la rehabilitación mejorando la calidad de vida de las personas con discapacidad y la de sus familias, procurando satisfacer sus necesidades básicas y fomentando su inclusión y participación.
Septicemia	Infección generalizada con peligro de vida , cuyos signos son, entre otros, fiebre elevada, perturbación grave del aparato circulatorio y disfunción de algunos órganos.
Síndrome de Down	Trastorno genético causado por la presencia de un tercer cromosoma 21. Se asocia con distintos grados de discapacidad intelectual, retraso del crecimiento y rasgos faciales distintivos.
Síndrome maligno por neurolépticos	Afección poco frecuente pero potencialmente mortal causada por los medicamentos antipsicóticos. Se caracteriza por fiebre, delirio, rigidez muscular e hipertensión arterial.
Stevens-Johnson, síndrome de	Enfermedad cutánea potencialmente mortal caracterizada por la presencia de descamación, úlceras, ampollas y costras sumamente dolorosas donde hay tejidos mucocutáneos, como en la boca, los labios, la garganta, la lengua, los ojos y los genitales, en ocasiones acompañadas de fiebre. La causa más común es una reacción grave a un medicamento, sobre todo un antiépiléptico.
Suceso potencialmente traumático	Cualquier suceso amenazante o terrorífico, como la violencia física o sexual, la exposición a atrocidades, la destrucción del hogar de una persona, o los accidentes o heridas graves. Que estos sucesos resulten o no traumáticos, depende de la respuesta emocional de la persona.
Suicidio	El acto de causar deliberadamente la propia muerte.
Técnicas de resolución de problemas	Técnicas en las que se trabaja con una persona para encontrar las soluciones y las estrategias que permitan resolver los problemas detectados, asignándoles un orden de prioridad y decidiendo cómo aplicarán dichas soluciones y estrategias. El mhGAP usa la expresión "orientación para la resolución de problemas" cuando estas técnicas se emplean sistemáticamente a lo largo de varias sesiones.
Temblores	Sacudidas o movimientos involuntarios, generalmente de los dedos.
Tolerancia	Disminución progresiva de la eficacia de un medicamento cuando se ingiere la misma dosis , como resultado del acostumbramiento del cuerpo al medicamento debido a su uso repetido. Se torna necesario usar dosis más altas para lograr el mismo efecto.
Tramadol	Opioide recetado que se usa para aliviar el dolor. A veces se lo emplea ilícitamente porque puede producir euforia (sensación de estar "colocado" o sumamente feliz).
Trastorno bipolar	Trastorno mental grave caracterizado por episodios maníacos que se alternan con episodios depresivos.
Urosepticemia	Septicemia causada por una infección de las vías urinarias.

Anexo 3. Índice de síntomas

Alucinaciones	Psicosis (PSI) Consumo nocivo de alcohol y drogas (ADR)
Ansiedad	Estrés agudo (EAG) Trastorno depresivo moderado a grave (DEP) Trastorno por estrés postraumático (TEPT) Psicosis (PSI) Consumo nocivo de alcohol y drogas (ADR)
Apetito, problemas de	Estrés agudo (EAG) Duelo (DUE) Trastorno depresivo moderado a grave (DEP)
Autolesión	Suicidio (SUI)
Confusión	Psicosis (PSI) Epilepsia y crisis epilépticas (EPI) Consumo nocivo de alcohol y drogas (ADR)
Crisis epilépticas, convulsiones	Epilepsia y crisis epilépticas (EPI) Consumo nocivo de alcohol y drogas (ADR)
Desesperanza	Duelo (DUE) Trastorno depresivo moderado a grave (DEP) Suicidio (SUI)
Dificultad para el aprendizaje	Discapacidad intelectual (DI)
Dificultad para desempeñar las actividades cotidianas	Estrés agudo (EAG) Duelo (DUE) Trastorno depresivo moderado a grave (DEP) Trastorno por estrés postraumático (TEPT) Psicosis (PSI) Discapacidad intelectual (DI) Consumo nocivo de alcohol y drogas (SUB)
Enuresis nocturna	Estrés agudo (EAG) Discapacidad intelectual (DI)
Escenas retrospectivas	Estrés agudo (EAG) Trastorno por estrés postraumático (TEPT)
Falta de concentración	Estrés agudo (EAG) Duelo (DUE) Trastorno depresivo moderado a grave (DEP) Trastorno por estrés postraumático (TEPT), Consumo nocivo de alcohol y drogas (ADR)
Falta de higiene	Psicosis (PSI) Discapacidad intelectual (DI) Consumo nocivo de alcohol y drogas (ADR)
Falta de interés o de placer	Estrés agudo (EAG) Duelo (DUE) Trastorno depresivo moderado a grave (DEP)
Hiperventilación	Estrés agudo (EAG)
Ideas delirantes	Psicosis (PSI)
Incontinencia	Epilepsia y crisis epilépticas (EPI) Discapacidad intelectual (DI)

Insomnio	Estrés agudo (EAG) Duelo (DUE) Trastorno depresivo moderado a grave (DEP) Trastorno por estrés postraumático (TEPT) Consumo nocivo de alcohol y drogas (ADR)
Irritabilidad	Estrés agudo (EAG) Duelo (DUE) Trastorno depresivo moderado a grave (DEP) Trastorno por estrés postraumático (TEPT) Consumo nocivo de alcohol y drogas (ADR)
Pérdida de la energía	Duelo (DUE) Trastorno depresivo moderado a grave (DEP)
Recuerdos intrusivos	Estrés agudo (EAG) Duelo (DUE) Trastorno por estrés postraumático (TEPT)
Retraimiento social	Estrés agudo (EAG) Duelo (DUE) Trastorno depresivo moderado a grave (DEP) Psicosis (PSI)
Síntomas físicos inexplicables	Estrés agudo (EAG) Duelo (DUE) Trastorno depresivo moderado a grave (DEP) Trastorno por estrés postraumático (TEPT)
Tristeza	Duelo (DUE) Trastorno depresivo moderado a grave (DEP)

En las facilidades de salud, en las emergencias humanitarias, por lo menos un profesional de la salud supervisado debe estar preparado para evaluar y manejar a las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

La *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP)* es un recurso sencillo y práctico dirigido a garantizar el cumplimiento de estos objetivos.



Programa de acción para superar las brechas en salud mental



525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, EUA
Tel: +1 (202) 974 -3000
www.paho.org

